

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

KAZUISTIKA PACIENTA S DIAGNÓZOU:
TOXICKÁ POLYNEUROPATIE DOLNÍCH KONČETIN,
TRVALÁ PORUCHA S BLUDY A ORGANICKÁ DEPRESIVNÍ
PORUCHA

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Irena Novotná

Zpracovala:

Terezie Janečková

Praha, duben 2009

SOUHRN

Název práce: Kazuistika pacienta s diagnózou: toxická polyneuropatie dolních končetin, trvalá porucha s bludy a organická depresivní porucha.

Anglický název: Case report of a patient with toxic polyneuropathy of lower extremities, permanent disorder with delusions and organic depressive disorder.

Autor: Janečková Terezie

Cíle práce: Shrnutí teoretických poznatků a vypracování kazuistiky pacienta s toxickou polyneuropatií dolních končetin, organickou depresivní poruchou a trvalou poruchou s bludy.

Metoda: Práce je rozdělena na část obecnou a část speciální. V části obecné se zabývám rešeršním zpracováním literatury k daným diagnózám. Speciální část obsahuje kazuistiku terapie pacientky zpracovanou po část její hospitalizace v Psychiatrické léčebně Bohnice, a to od 2. 2. do 11. 2. 2009. Projekt Bc. práce byl schválen Etickou komisí FTVS (kopie viz příloha A, originál je k nahlédnutí u autora Bc. práce), součástí žádosti o EK byl i informovaný souhlas (formulář viz příloha B, originál podepsaný pacientem je k dispozici u autora Bc. práce).

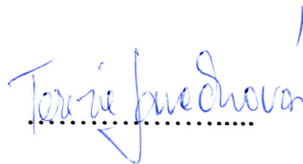
Výsledky: Objasnění problematiky toxické polyneuropatie dolních končetin a popsání specifíků fyzioterapie u psychiatrického pacienta.

Klíčová slova: toxická polyneuropatie, organická depresivní porucha, trvalá porucha s bludy, fyzioterapie

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat všem, kteří mi pomáhali při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji všem fyzioterapeutkám Psychiatrické léčebny Bohnice za vstřícnost a podporu při absolvování mé odborné praxe. Dále velmi děkuji Mgr. Ireně Novotné za odborné rady a připomínky k práci. A v neposlední řadě pak patří velký dík mé pacientce E. V. za viditelnou snahu o co nejlepší spolupráci.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jsem pouze literaturu uvedenou v seznamu bibliografické citace.



Terezie Janečková

Obsah

1	Úvod.....	10
2	Část obecná.....	11
2.1	Polyneuropatie	11
2.1.1	Etiologie.....	11
2.1.2	Výskyt v ČR.....	11
2.1.3	Klinické příznaky.....	12
2.1.4	Diagnostika	13
2.1.5	Rozdělení	14
2.1.6	Pořadí polyneuropatií dle výskytu v české populaci	19
2.1.7	Léčba.....	20
2.1.8	Fyzioterapie u polyneuropatie	21
2.2	Trvalá porucha s bludy	22
2.2.1	Výskyt.....	23
2.2.2	Genetika	23
2.2.3	Diagnostika	23
2.2.4	Etiologie a patogeneze	24
2.2.5	Léčba.....	24
2.3	Organická depresivní porucha	25
2.3.1	Organické poruchy nálady	25
2.3.2	Organická deprese.....	26
2.3.3	Fyzioterapie u psychóz	28
3	Část speciální	29
3.1	Kineziologický rozbor - vstupní	31
3.1.1	Anamnéza	31
3.1.2	Diferenciální rozvaha.....	36
3.1.3	Vyšetření statických poloh aspektů.....	37
3.1.4	Vyšetření svalového tonu palpací	39
3.1.5	Vyšetření chůze aspektů.....	39
3.1.6	Antropometrie	40
3.1.7	Vyšetření kloubního rozsahu – metodou goniometrickou.....	41
3.1.8	Vyšetření svalové síly v modifikovaných polohách dle Jandy.....	42
3.1.9	Vyšetření základních pohybových stereotypů	44

3.1.10	Vyšetření zkrácených svalů	46
3.1.11	Neurologické vyšetření	47
3.1.12	Vyšetření reflexních změn dle Lewita	50
3.1.13	Úchop	51
3.1.14	Vyšetření Joint play dle Lewita	52
3.1.15	Závěr z vyšetření	52
3.1.16	Krátkodobý fyzioterapeutický plán	53
3.2	Terapie	54
3.2.1	První terapie	54
3.2.2	Druhá terapie	56
3.2.3	Třetí terapie	57
3.2.4	Čtvrtá terapie	58
3.2.5	Pátá terapie	59
3.2.6	Šestá terapie	60
3.2.7	Sedmá terapie	61
3.2.8	Osmá terapie	62
3.2.9	Devátá terapie	63
3.3	Kineziologický rozbor - výstupní	65
3.3.1	Vyšetření statických poloh aspekci	65
3.3.2	Vyšetření svalového tonu palpací	66
3.3.3	Vyšetření chůze aspekci	67
3.3.4	Antropometrie	67
3.3.5	Vyšetření kloubního rozsahu – metodou goniometrickou	68
3.3.6	Vyšetření svalové síly v modifikovaných polohách dle Jandy	70
3.3.7	Vyšetření základních pohybových stereotypů	72
3.3.8	Vyšetření zkrácených svalů	73
3.3.9	Neurologické vyšetření	74
3.3.10	Vyšetření reflexních změn dle Lewita	75
3.3.11	Úchop	75
3.3.12	Vyšetření Joint play dle Lewita	76
3.3.13	Závěr z vyšetření	76
3.3.14	Zhodnocení efektu terapie	77
3.3.15	Dlouhodobý fyzioterapeutický plán	79
4	Závěr	80

Seznam obrázků

Obrázek 1 dolní končetiny	89
Obrázek 2 pravá dolní končetina - detail	90
Obrázek 3 levá dolní končetina - detail	90
Obrázek 4 poloha vleže na zádech 1	91
Obrázek 5 poloha vleže na zádech 2	91

Seznam tabulek

Tabulka 1 Výskyt organické deprese u jednotlivých chorob.....	26
Tabulka 2 Antropometrické měření	40
Tabulka 3 Planimetrické měření	41
Tabulka 4 Vyšetření svalové síly	42
Tabulka 5 Vyšetření svalové síly obličeje	43
Tabulka 6 Vyšetření zkrácených svalů	46
Tabulka 7 Antropometrické měření	68
Tabulka 8 Planimetrické měření	68
Tabulka 9 Vyšetření svalové síly	70
Tabulka 10 Vyšetření svalové síly obličeje	71
Tabulka 11 Vyšetření zkrácených svalů	73
Tabulka 12 Zhodnocení efektu terapie	77
Tabulka 13 Postura	78
Tabulka 14 Obvody	78
Tabulka 15 Kloubní rozsahy.....	78

Seznam použitých zkratk

ADL	activity daily living
cca	cirka
cm	centimetr
CM	karpomatekarpový
Cp	krční páteř
BDO	běžné dětské nemoci
BMI	body mass index
BPN	bez patologického nálezu
Depot	depotní, zbytková
DK	dolní končetina
DKK	dolní končetiny
F	frontální
FL	flexe
Frac	fraktura
GA	gynekologická anamnéza
GIT	gastrointestinální trakt
HK	horní končetina
HKK	horní končetiny
IP	interphalangeální
IP1	1. interphalangeální
IP2	2. interphalangeální
kg.	kilogram
L	levý
LDK	levá dolní končetina
LTV	léčebná tělovýchova
m.	musculus
mm.	musculi
min	minuta
MP	metakarpový
MT	měkké techniky
MTP	metatarsophalangeální

N	nervus
Např.	například
OA	osobní anamnéza
P	pravý
PA	pracovní anamnéza
PDK	pravá dolní končetina
PIR	postizometrická relaxace
PN	polyneuropatie
PNF	proprioceptivní neuromuskulární facilitace
r.	reflex
R	rotace
RA.....	rodinná anamnéza
S	sagitální
SA	sociální anamnéza
SI.....	sakroiliakální skloubení
T	transversální
ThP	hrudní páteř
TrP	trigger point
tj.	to jest
TS	tentamen suicidii (sebevražedný pokus)
UA	urologická anamnéza

1 Úvod

Téma mé bakalářské práce vzniklo z potřeby zdůraznit důležitost duševní stránky každého člověka, který k nám, fyzioterapeutům, přichází. Pokud nevěnujeme dostatečnou pozornost tomu, jak pacient myslí, jak svou nemoc vnímá, jak moc důvěřuje nám a jak důvěřuje terapii, kterou provádíme, pak můžeme být zklamáni výsledkem léčby a naše snažení může být zbytečné. Fyzioterapeut by měl být proto i částečně psychoterapeutem, věnovat dostatečný čas komunikaci s nemocným a především nemocnému naslouchat. Tento čas se nám může mnohonásobně vrátit.

Speciální část mé práce se snaží najít co nejlepší terapeutický přístup pro pacientku, která trpí psychózou a organickou depresivní poruchou. U takové pacientky je třeba v první řadě vybudovat kladný vztah k terapii, jinak má léčba minimální smysl. Pacienti v depresivní fázi odmítají cokoli, jsou apatičtí, neteční. V psychiatrii je zřejmé, že je třeba specifický přístup, ale nezapomeňme, že ten je třeba u každého, byť navenek psychicky vyrovnaného člověka.

Každý pacient je individualita a bylo by velmi krátkozraké postupovat podle naší představy o něm, kterou jsme si vybudovali na základě chorobopisu.

S pacientkou jsem pracovala v Psychiatrické léčebně Bohnice převážně na oddělení fyzioterapie od 2.2. do 11.2., terapie probíhala každý den v dopoledních hodinách.

Cílem práce bylo shrnutí teoretických poznatků a vypracování kazuistiky pacienta s toxickou polyneuropatií dolních končetin, organickou depresivní poruchou a trvalou poruchou s bludy.

2 Část obecná

2.1 Polyneuropatie

2.1.1 Etiologie

„Polyneuropatie je etiologicky velmi rozsáhlá skupina difúzního poškození periferních nervů. Nejedná se o poškození mechanické. Nejčastěji mají na nervovou soustavu vliv poruchy metabolismu (diabetická polyneuropatie, polyneuropatie u porfyrie, uremie, jaterní cirhóze, hypotyreóze, při infekčních onemocněních (záškrtu, příušnicích, mononukleóze, tyfu), polékové, u dysproteinemií a paraproteinemií, časté jsou paraneoplastické polyneuropatie, hereditární (Charcot-Marie-Tooth).“ (Seidl, Obenberger; 2004)

„Postiženy bývají hlavně dlouhé nervy (proto častěji na dolních končetinách).“ (Ambler, 2008)

2.1.2 Výskyt v ČR

„Nejfrekventovanější typ polyneuropatie je diabetická polyneuropatie. Navíc se v populaci objevuje těžko odhadnutelný počet polyneuropatií jiné či neznámé etiologie, které také vyžadují léčbu.“ (16)

Údaje o frekvenci diabetické polyneuropatie se v literatuře značně liší. Lze odhadnout frekvenci diabetické polyneuropatie, která vyžaduje léčbu až na 50 % diabetiků, tj. 500 000 občanů České republiky. Tato skupina nemocných s polyneuropatií nediabetické etiologie jistě dosahuje řádově minimálně dalších 100 000 nemocných vyžadujících soustavnou péči. Polyneuropatie patří mezi velmi častá onemocnění v ambulantní praxi a v České republice lze poměrně přesně odhadnout počet diabetických polyneuropatií vyžadujících léčbu na cca 500 000 nemocných, počet nemocných trpících polyneuropatiemi jiné etiologie lze velmi těžko přesněji odhadnout, ale bude jistě převyšovat 100 000 pacientů. Mimo diabetické etiologie patří mezi nejčastější příčiny polyneuropatií alkohol, borrelióza, neoplazmata, chemoterapie, renální insuficience, hepatální léze, arterioskleróza a dlouhodobé podávání některých farmak, jiné příčiny jsou podstatně vzácnější. (16)

2.1.3 Klinické příznaky

Klinický obraz může být symetrický i asymetrický, mohou převažovat příznaky senzitivní nebo motorické. Polyneuropatie mají některé společné klinické příznaky jako parestezie, rukavicový a punčochovitý tvar poruchy citlivosti, často symetrické postižení, spíše senzitivní než motorické léze, častější postižení dolních končetin pro delší průběh periferních nervů, motorické poruchy (obvykle později), vegetativní poruchy (atrofie kůže, která je chladná a promodralá), trofické změny na nehtech, kůži, poruchy funkce vnitřních orgánů (močení, zpomalené vyprazdňování žaludku, obstrukce). (4)

„Pro naprostou většinu polyneuropatií je společný pomalý začátek potíží, které trvají tak dlouho, dokud není odstraněna příčina polyneuropatie.“ (4)

„Nejprve se objevují tzv. *neuropatické senzitivní příznaky*, kam patří bolesti, pálení, brnění, mravenčení, pocity chladu nebo snížená citlivost. Nemocní mohou mít pocit stažení kolem kotníků nebo pocit chůze jako po mechu.“ (1)

Subjektivní příznaky můžeme rozdělit na **negativní** - výpadové (snížené vnímání cití) a **pozitivní** - iritační (bolesti, brnění, pálení, svědění apod.). Typ **senzitivních příznaků** závisí na postižení jednotlivých druhů vláken. K bolestem dochází především při postižení tenkých myelinizovaných a nemyelinizovaných vláken – tzv. neuropatie tenkých vláken. Bolesti mohou být tupé, hluboké, ale někdy i palčivé. Klinicky se projeví poruchou cití pro bolest, teplo, lehkou poruchou taktilního cití, ale vibrační cití i šlachookosticové reflexy jsou normální. Pokud převažuje postižení **silných vláken** (pro vnímání vibrace a polohocitu) dochází k nebolestivým parestéziím, většinou se zjistí porucha vibračního cití, polohocitu a pohybecitu a lehká porucha taktilního cití. Rovněž jsou snížené nebo vyhaslé šlachookosticové reflexy. Pokud je porucha hlubokého cití těžší, projeví se klinicky senzitivní ataxií, která se manifestuje poruchou rovnováhy a ataktickou chůzí hlavně při vyloučení zrakové kontroly (především za šera, ve tmě a při vyšetření chůze se zavřenýma očima). (1)

Mezi motorické příznaky patří svalová slabost, zvýšená únava končetin a nejistá chůze. Objevit se mohou i svalové křeče (krampy) a fascikulace (tzv. pozitivní motorické příznaky). (1)

Mezi objektivní příznaky řadíme snížené nebo vyhaslé šlachookosticové reflexy, především distálně (reflex šlachy Achillovy), poruchu citlivosti - hypestézie nebo

hyperestézie pro různé kvality podle postižení jednotlivých druhů vláken, nebo globální (porucha pro všechny kvality čítí). Mívá typický punčochový nebo rukavicový charakter (polyneuropatický typ). Vyšetřujeme citlivost taktilní, algickou, případně i termickou (zkumavkou s teplou a studenou vodou) a vždy také propriocepci (polohocit a pohybovit akrálně na prstech nohou, případně i čítí vibrační). [(1); (2)]

Co se týče svalové slabosti, mívá nejčastěji **distální převahu**, což se projeví oslabením dorzální nebo plantární flexe nohy (inervační oblast peroneu bývá nejčastěji postižena - vážne chůze po patách, při postižení n. tibialis je oslabena chůze po špičkách). Při **proximální** převaze je v popředí oslabení stehenního svalstva (vážne např. vstávání ze dřepu nebo chůze po schodech). (1)

Mohou být postižena i **autonomní vlákna** a vznikají projevy dysautonomie, poruchy vazomotorické, sudomotorické, ale i kardiovaskulární (např. posturální hypotenze) nebo gastrointestinální poruchy. U získaných polyneuropatií je postižení autonomních vláken často spojeno s postižením zejm. málo myelinizovaných a nemyelinizovaných somatických vláken (tzv. neuropatie tenkých vláken – „small fiber neuropathy“) či může být prakticky izolované (pak se mluví o autonomní polyneuropatii. [(2); (3)]

Shrnutí nejdůležitějších příznaků:

Iritační sensitivní projevy – různé dysestezie od mravenčení, brnění nebo pálení až po bolesti

Zánikové sensitivní příznaky- hypestezie až anestezie, pallestezie (snížení hluboké citlivosti – ladička) až pallestezie (vymizení hluboké citlivosti – ladička).

Iritační motorické projevy stažení svalů až bolestivé křeče zvláště na dolních končetinách.

Zánikové motorické příznaky šlachookosticová hypo až areflexie zvláště na akru DKK, chabé parézy distálních svalů častěji na DKK (16)

2.1.4 Diagnostika

„Diagnostika se opírá o celkové vyšetření, EMG, podrobné laboratorní vyšetření krve a moči, někdy se neobejdeme bez vyšetření likvoru, nervové a svalové biopsie a dalších paraklinických testů.“ (4)

„Polyneuropatii je někdy obtížné určit. Např. klasické parestázie může způsobit jak polyneuropatie tak i lumbosakrální radikulopatie, na horních končetinách úžinové kompresivní syndromy, ale může jít i o centrální etiologii, např. u míšních poruch nebo roztroušené sklerózy mozkomíšní.“⁽¹⁾

„Při potvrzení polyneuropatie je vždy *indikována elektrodiagnostika*.“⁽¹⁾

„EMG dokáže rozlišit demyelinizační (primární je poškození myelinové pochvy) a axonální (primární je postižení axonu) typ polyneuropatie.“⁽⁴⁾

Polyneuropatie se vyvíjí v týdnech, měsících i letech.

Akutně začínající (ve dnech až 4 týdnech): u porfyrie (převažují motorické poruchy), u diftérie

Subakutně (v týdnech): polékové (vincristin, isoniazid), otrava kovy (olovo, thalium, arzen).

S chronickým průběhem: paraneoplastické, u paraproteinemie, u kolagenóz, metabolické (diabetes, uremie, hypothyreoidismus), hereditární (Charcot-Marie-Tooth).

Diferenciální diagnostika polyneuropatie je velmi obtížná, ani na klinických pracovištích není příčina polyneuropatie ve 20-30% zjištěna.⁽¹⁶⁾

2.1.5 Rozdělení

Hereditární polyneuropatie

„Nejčastěji jde o hereditární senzitivní a motorickou neuropatii (HMSN), která bývá také nazývána choroba Charcot-Marie-Tooth.“⁽¹⁾

Získané neuropatie

a) Polyneuropatie u endokrinních chorob

1) Diabetické neuropatie

Nejčastější příčinou neuropatií je Diabetes mellitus. Symptomatická neuropatie bývá přítomna asi u 10 % diabetiků. Nejčastěji jde o symetrické postižení převážně senzitivních vláken a s distální převahou, nejčastěji na dolních končetinách. U 20-25 % diabetiků mohou být projevy i fokálních asymetrických neuropatií, např. proximální diabetická amyotrofie nebo kraniální neuropatie s postižením okohybného nervu.⁽¹⁾

A. Symetrické distální polyneuropatie

Tato polyneuropatie je mezi diabetiky zastoupena nejčastěji. Klinicky se projevuje převážně senzitivními projevy (dysestezie) či bolestí na dolních končetinách („burning feet“ syndrom) a méně postihuje motorický neuron, hlavně na počátku choroby. Manifestuje se též postižením algické a termické citlivosti, zatímco dotyk a propriocepce mohou zůstat nepostižené. Výbavné mohou zůstat myotatické reflexy a normální může být i EMG nález odrážející funkci silně myelinizovaných rychle vedoucích vláken. Při delším trvání neuropatie dochází i k postižení horních končetin, které je ale zpravidla méně výrazné. (16)

B. Asymetrické proximální polyneuropatie

Klinicky se projevuje asymetrickou slabostí a atrofiemi proximálních svalů dolních končetin s patelární areflexií většinou bez poruch citlivosti. Vyskytuje se u nemocných s kratším trváním diabetu. Subjektivně tento typ neuropatie uvádí bolest, která přechází v atrofie svalů. U proximální motorické diabetické neuropatie je nutno vyloučit i jiné příčiny postižení kořenů a plexů než diabetes. Na akru dolních končetin bývají někdy již časně a obvykle až později přítomny známky symetrické distální polyneuropatie. (16)

C. Asymetrické mono a polyneuropatie

„Tato forma diabetické neuropatie se může objevit na kterémkoliv periferním nervu. Mononeuropatie mozkových nervů postihují nejčastěji n. oculomotorius a n. facialis. Klinicky velmi významné jsou kompresivní neuropatie u diabetiků, které jsou časté ve všech fyziologických úžinách.“ (16)

D. Kombinace asymetrické polyneuropatie se symetrickou distální polyneuropatií

„Skupina je velmi různorodá a může jít o různé kombinace polyneuropatií a mononeuropatií uvedených v bodech I., II. a III.“ (16)

E. Polyneuropatie autonomního nervového systému

Autonomní neuropatie je velmi různorodá skupina polyneuropatií. Klinický význam a zvláště nebezpečí spojená se zákludností autonomních neuropatií jsou často přehlíženy. Autonomní neuropatie postihuje dle různých studií 20–40 % diabetiků (tj. 200 000 – 400 000 nemocných s autonomní neuropatií v České republice). Běžné projevy autonomní neuropatie lze rozdělit do následujících skupin. „Nejzákladnější autonomní neuropatií je postižení srdce, kdy ve své extrémní podobě může způsobit ne-

citlivost pro anginózní ischemickou bolest a tak způsobit, že nemocný necítí záchvaty anginy pectoris a nepozná ani prodělaný infarkt myokardu.“ Autonomní neuropatie zažívacího traktu způsobuje zpomalení pasáže potravy jícnem, což je benigní postižení a klinicky se projeví jen jako porucha polykání. Závažnější je postižení žaludku, které způsobuje pomalé vyprazdňování žaludečního obsahu a ve svých důsledcích může způsobit rozkolísání diabetu, protože po aplikaci inzulínu nedochází k normální pasáži jídla žaludkem a zpožděné vyprazdňování může působit paradoxní hypoglykémie po jídle. Až šedesát procent dlouhodobě dekompenzovaných diabetiků má úpornou zácpu v důsledku autonomní neuropatie postihující tlusté střevo.“⁽¹⁶⁾

Autonomní neuropatie urogenitálního systému může činit problémy ve vyprazdňování močového měchýře. Též může způsobit impotenci u mužů. Z ostatních orgánů stojí za zmínku postižení inervace zornic, které u diabetika může působit zpomalenou fotoreakci. Tato komplikace může být velmi nepříjemná v noci při řízení auta. Další nepříjemnou komplikací je omezení pocení nebo vymizení pocení na DKK, kde v důsledku vysušení kůže dochází k častějším zraněním a tak se vytváří podmínky pro rozvoj diabetické nohy. Dalším projevem autonomní polyneuropatie je u některých diabetiků raritní výrazné pocení na horní polovině těla včetně hlavy, které se dostavuje po jídle a chybí pocení na dolní polovině těla. Posledním nepříjemným důsledkem postižení autonomního nervstva je ztráta subjektivního vnímání hypoglykémie.⁽¹⁶⁾

2) Polyneuropatie hypothyreotická - **polyneuropatie s postižením axonu i myelinu, většinou lehkého až středně těžkého stupně**⁽¹⁶⁾

b) Metabolické endotoxické polyneuropatie

1) Polyneuropatie uremická

- těžké postižení axonu i myelinu s výraznými atrofiemi akrálních svalů

2) Polyneuropatie hepatální

- postižení axonu i myelinu, může být až těžkého stupně u pokročilých lézí při jaterním selhávání

3) Polyneuropatie porfyrická

- provází akutní intermitentní formu porfyrie
- průkaz je možný biochemicky zjištěním porfobilinogenu v moči během záchvatu

- jejím významným rysem je akutní rozvoj včetně častých a výrazných paretických projevů

4) Polyneuropatie amyloidová

- postižení axonu i myelinu, může být středně těžkého až těžkého stupně

c) Polyneuropatie při malnutrici

- těžké postižení axonu i myelinu s výraznými atrofiemi akrálních svalů

d) Polyneuropatie při malabsorbčních chorobách

- vyskytuje se u stavů po rozsáhlých resekcích žaludku a při perniciózním typu gastritidy, ať již s hematologickými projevy, nebo bez nich
- imunologickými mechanismy zde dochází k blokádě vazby vitamínu B12 na vnitřní faktor znemožňující jeho resorpci

e) Polyneuropatie arteriosklerotická a involuční

- častá u geriatrických nemocných, ale před vyslovením diagnózy je nutno vyloučit i jinou příčinu neuropatie, která je častá ve vyšším věku, např. diabetes mellitus, malignitu, Borrelii, alkohol a jiné
- na patogenezi se nejspíše podílí porucha perfuze ve vasa nervorum
- zpravidla jde o lehké neuropatie s postižením axonu i myelinu

f) Polyneuropatie při kolagenózách

- jsou způsobeny nejspíše kombinací vaskulitického postižení vasa nervorum a dysimunitními faktory
- rázovitý obraz má polyneuritické postižení u polyarteritis nodosa
- z EMG hlediska jde o polyneuropatie s postižením axonu a myelinu, většinou lehkého až středního stupně

g) Polyneuropatie paraneoplastické

- provází téměř všechny malignity a navíc je potencována cytostatickou léčbou, protože naprostá většina cytostatik má sama o sobě výrazný neurotoxický účinek a totéž platí o aktinoterapii

h) Polyneuropatie ekotoxické

1) Polyneuropatie při chronickém etylismu

- jde o typ s výlučně axonálním postižením a s tím souvisejícími nápadnými atrofiemi distálních svalů na dolních končetinách a u rozvinutých forem s výraznou algickou a dysestetickou složkou
- po stránce diagnostické lze s výhodou užít vyšetření karbohydrát deficientního transferinu (CDT), které je specifické pro chronickou konzumaci alkoholu a po nárazové konzumaci se nezvyšuje
- v EMG vyšetření dominuje postižení axonálního typu
- na patogenezi se výrazně podílí deficit vitamínu B₁

2) Polyneuropatie při dlouhodobém podávání farmak

- Jsou téměř pravidelnou komplikací léčby většinou cytostatik a častou komplikací dlouhodobé léčby kombinacemi sulfonamidů a trimethoprimu u infekcí močových cest, některých antituberkulotik – INH, léčby alkoholizmu disulfiramem (Antabus), léčby sulfasalazinem.
- Některé statiny a provera také indukují polyneuropatie.

3) Polyneuropatie při otravě olovem

4) Polyneuropatie při otravě arzénem

5) Polyneuropatie při otravě organickými rozpustidly aj.

i) Polyneuropatie sérogenetické (postvakcinační)

- postižení axonu i myelinu
- může být středně těžkého až těžkého stupně

j) Polyneuropatie při borrelióze

- postižení axonu i myelinu
- může být až středně těžkého stupně.

k) Klinicky významné mononeuropatie – úžínové sy

l) Polyneuropatie hereditárně degenerativní

V současné době je rozlišováno celkem sedm typů hereditárních polyneuropatií, většina z nich je vzácných. Největší klinický význam má tzv. Peroneální svalová atrofie (Charcot-Marie-Tooth). Jde o onemocnění s autozomálně dominantním typem přenosu, postihující poněkud častěji muže než ženy. Frekvence je asi 4 nemocní na 100 tisíc obyvatel.

Typy:

Typ I je charakterizován začátkem v dětském věku. Genové mutace se zde nacházejí na chromozómu 1 nebo 17.

Typ II začíná zpravidla později většinou po 40. roce života. Klinický obraz je u obou onemocnění téměř identický, ale geneticky jsou obě formy rozlišné a u typu II mutace na chromozómu 1 ani 17 přítomny nejsou.

Typ III hereditární motorické a senzorické neuropatie – hypertrofická neurální atrofie Déjerine-Sottas představuje nejtěžší generalizovanou formu onemocnění tohoto typu. Jde o onemocnění přenášené autozomálně recesivním způsobem. Příznaky se objevují v dětství zpožděním motorického vývoje, především chůze. Významným příznakem je hmatné ztlustění periferních nervů. Potíže progredují a v dospělosti jsou pacienti většinou sami imobilní pro paraparézu dolních končetin. Ostatní typy jsou velmi vzácné. (16)

2.1.6 Pořadí polyneuropatií dle výskytu v české populaci

1. Nejčastější: Diabetická polyneuropatie
2. Velmi častý: Polyneuropatie při borrelióze, Klinicky významné mononeuropatie – úžínové sy

3. Častý: polyneuropatie při chronickém etylismu, polyneuropatie při dlouhodobém podávání farmak, polyneuropatie paraneoplastické, polyneuropatie arteriosklerotická a involuční
4. Střední: hepatální polyneuropatie, uremická polyneuropatie
5. Malý: Hypothyreotická polyneuropatie
6. Vzácný: amyloidová, polyneuropatie při malnutrici, polyneuropatie při malabsorpčních chorobách, porfyrická polyneuropatie (16)

2.1.7 Léčba

Kauzální léčba polyneuropatií je možná jen při zjištění etiologie.

V cca 30 % případů neuropatie se nedaří zjistit příčinu a zbývá jen léčba symptomatická. (16)

Možnosti kauzální léčby polyneuropatií

Pokud u nemocného je zjištěn diabetes mellitus a ještě nemá známky polyneuropatie, je indikována preventivní polyvitaminózní léčba. Začíná se s léčbou vitaminy skupiny B v kombinaci B1+B6+B12. (16)

U nádorových onemocnění se nedoporučuje podávání vitaminu B12, neboť se zdá, že je pro některé nádory růstovým faktorem (10), proto u paraneoplastických neuropatií a u pacientů s maligním onemocněním by vitamin B12 neměl být podáván.

Na vasa nervorum příznivě působí vazoaktivní látky: naftidrofuril (např. Enelbin), sulodexid (např. Vessel Due F), extrakt Ginkgo biloby (např. Tanakan, Tebokan) (16)

Velmi dobrý efekt na léčbu zejména diabetické polyneuropatie má kyselina alfa-lipoová. Nelze aplikovat u onkologických nemocných léčených cis-platinou. (16)

Symptomatická léčba polyneuropatií

Antiepileptika – carbamazepin, fenytoin, klonazepam, valproát, gabapentin

Antiflogistika – diclofenac, ibuprofen, naproxen a další

Antidepresiva – amitriptilin, clomipramin, fluoxetin, citalopram a další

Poslední možností je léčba výrazných algických projevů opiáty. (16)

Léčba polyneuropatií by optimálně měla ovlivnit *základní příčinu, symptomy i podpořit úpravu*. Např. u diabetu má největší význam dokonalá kompenzace. K ovlivnění bolestí nebo dysestezií u diabetických neuropatií se doporučuje kyselina thioktová - α -lipoová (Thioctacid). U deficientních neuropatií je indikována suplementace vitaminy a samozřejmě je abstinence alkoholu. U autoimunitních neuropatií se užívá různá imunoterapie. Symptomatická léčba je důležitá především u pozitivních senzitivních příznaků (dysestezií nebo neuropatických bolestí). [(15); (2);(1)]

Základní zásady symptomatické léčby:

- začít léčit brzy a účinnými medikamenty
- podávat léky v dostatečné dávce, pak teprve konstatovat jejich neúčinnost a lék změnit
- podávat léky pravidelně, soustavně, nikoli jen ad hoc při bolesti

K symptomatické léčbě se používají zejména následující léky:

- 1) *Nesteroidní antirevmatika* - např. ibuprofen, indometacin, naproxen
- 2) *Tricyklická antidepresiva*, především amitriptylin. Začínáme vždy malými dávkami 10- 25 mg na noc a pomalu zvyšujeme podle tolerance
- 3) *Antikonvulziva*, především karbamazepin, fenytoin, clonazepam. Někdy se osvědčuje i kombinace amitriptylinu s deriváty kyseliny valproové. [(1);(2)]

Mezi **podpůrnou léčbu** patří hlavně vazodilatační léky a vitaminy (např. Milgamma). Používají se většinou jen v krátkodobých nárazových dávkách, lépe v parenterální formě a vždy je třeba objektivně posoudit jejich skutečný efekt. Dlouhodobá medikace vazoaktivními látkami nebo vitaminy nemá opodstatnění. [(1);(2)]

U PN s motorickým deficitem je významná i léčba **rehabilitační** (včetně případných protetických pomůcek) a je možno využít i léčbu lázeňskou (indikace VI/2). [(1);(2)]

2.1.8 Fyzioterapie u polyneuropatie

„Cílem fyzioterapie u polyneuropatie je zpomalit progresi atrofií, oslabení, kontraktur (především Achillova šlacha, plantární aponeurosa, extensory prstů), deformit; prevence a terapie vertebrogenních bolestí, aktivace stabilizačního systému

páteře; udržení dobré tělesné kondice a zajištění pacienta protetickými pomůckami.“ (Kobesová, 2006)

Cvičební jednotky by měly být kratší a častější, nemělo by dojít k přetížení pacienta s pocitem výrazné únavy po ukončení cvičební jednotky. Cvičební jednotka by se měla kombinovat s dalšími procedurami (vodoléčba, elektroterapie, ergoterapie). Neposilujeme paretické svaly (v důsledku poruchy inervace, tj. vlastní neuropatie), protože by mohlo dojít k přetížení a sekundárnímu zhoršení parézy. (17)

Nejprve provádíme mobilizační a relaxační techniky v oblasti periferie, poté aktivujeme svaly končetin a trupu s využitím technik založených na neurofyzilogickém principu (Vojtova reflexní lokomoce, Bobath koncept, PNF). Dále provádíme aktivaci stabilizačního systému páteře a trupu a techniky sensomotorické stimulace. (17)

Jako zdravotní cvičení je dobré Tai-Chi a jóga (návuk pomalých cílených pohybů a stability). (17)

K udržení fyzické kondice doporučujeme plavání a cyklistiku. Je dobré se vyhnout sportům, které způsobují přetížení a vyčerpání a sportovních aktivit, které pacient bezpečně nezvládá (hrozí riziko úrazu, především v oblasti hlezna a bérce). Důležitou součástí fyzioterapie je i protetická péče. Dle plantogramu se vyrobí individuální ortopedická vložka. Je vhodné nosit lehkou, vyšší obuv pro stabilizaci kotníku. Výška podpatku je individuální. Podrážka je pevná a pružná, aby absorbovala otřesy. V přední části boty má být dostatek místa. Pacient by neměl chodit naboso. (17)

2.2 Trvalá porucha s bludy

Tato porucha se řadí mezi psychotické duševní poruchy, ale nesplňuje kritéria pro organické, schizofrenní nebo afektivní onemocnění. Patří sem paranoia, paranoidní psychóza, paranoidní stav, pozdní parafrenie. Nepatří sem paranoidní porucha osobnosti, psychogenní paranoidní psychóza, paranoidní reakce a paranoidní schizofrenie.

Porucha s bludy se vyznačuje rozvojem buď jediného bludu, nebo několika vzájemných propojených bludů s velmi rozmanitým obsahem, které jsou obvykle setrvalé a někdy celoživotní. Bývají to bludy perzekuční nebo velikašské, hypochondrické, ale nejčastěji kverulantské apod. Mohou se vyskytnout i bludy emulatoční (žárlivecké), nebo nemocný může být přesvědčen o znetvoření svého těla (vystupňovaná dysmorfofobie) či o tom, že je homosexuál. Blud nebo skupina bludů

tvoří jedinou nebo nejnápadnější klinickou charakteristiku. Obsah bludu může být variabilní. Typické je, že jiná psychopatologie není přítomna. Osobnost není výrazněji narušena. Nejsou přítomny zřetelné a trvalé halucinace, bludy kontrolovanosti (přesvědčení, že vlastní vůle je zaměněna vůlí nějaké vnější instituce nebo síly), oploštění emotivity nebo jasný průkaz onemocnění mozku. Občas mohou být přítomny přechodné sluchové halucinace, zvláště u starších pacientů, za předpokladu, že tvoří jen zanedbatelnou část celkového klinického obrazu. Jsou-li jasné a trvalé sluchové halucinace, je diagnóza vyloučena. Začátek onemocnění se objevuje ve středním věku, někdy i v rané dospělosti. Obsah bludu a doba jeho počátku mohou být spojeny s životní situací pacienta. Ohlédneme-li od jednání a postojů, které mají přímý vztah k bludům nebo bludným systémům, zůstávají efektivita, řeč i chování normální. [(5); (6); (7)]

2.2.1 Výskyt

Odhaduje se těžko, protože většina postižených nevyhledává dobrovolně pomoc. Začíná v kterémkoliv věku, průměrně okolo 40 let. Nových případů je nejvýše několik na 100 000 obyvatel ročně. (7)

2.2.2 Genetika

Není zjištěna genetická vazba. (7)

2.2.3 Diagnostika

- Musí být přítomný blud nebo skupina příbuzných bludů, jiných, než jaké jsou uváděny typicky při schizofrenii (tj. jiné než úplně bizární nebo v dané kultuře nepřijatelné). Nejběžnějšími příklady jsou perzekuční, velikašské, hypochondrické, žárlivecké nebo erotomanické bludy.
- Blud nebo skupina bludů musí být přítomna nejméně 3 měsíce.
- Nejsou splněna obecná kritéria pro schizofrenii.
- Nesmí být trvalé halucinace jakéhokoliv typu (ale mohou být přechodné nebo příležitostné sluchové halucinace, které nejsou v třetí osobě nebo nekomentují chování).
- Občas mohou být přítomny i depresivní příznaky (nebo dokonce plně rozvinutá depresivní epizoda (F32)) za předpokladu, že bludy trvají i v době, kdy se neprojevuje žádná porucha nálady.

- Nejčastěji užívané vylučovací podmínky: musí chybět průkaz primární nebo sekundární organické duševní poruchy (F 00 - F 09) nebo psychotické poruchy způsobené použitím psychoaktivní látky. (7)

2.2.4 Etiologie a patogeneze

Příčina poruchy s bludy je neznámá. Byla navržena řada teorií, z nichž většina zdůrazňuje psychologické mechanismy, např:

Nadměrný stres u osobností premorbidně nedůvěřivých a přecitlivělých na projevy přehlížení a opovržení.

Neschopnost sladit vlastní plány a perspektivy se situací v okolí a s plány a perspektivami lidí, s nimiž žijí

Nerealistické přesvědčení o vlastní důležitosti a svých schopnostech jako kompenzace pocitů zranitelnosti a méněcennosti.

Vytěsnění myšlenek, které pacient odmítá akceptovat, a jejich přičtení někomu jinému. (7)

Přes všechny výhrady lze považovat za prokázané, že sociální izolace, ať již způsobena maladaptivním typem osobnosti, fyzikálními faktory nebo kulturní dislokací, znamená významný etiologický faktor v patogenezi perzekučních příznaků a duševních poruch s bludy. (7)

Není vyloučeno, že postižení mají defekty v některých částech mozku. Porucha je však svým původem primárně psychogenní. V anamnéze bývá často fyzické zneužívání nebo emoční vydírání, krutí či nespolehliví rodiče a despotická, perfekcionista výchova. U takto postižených se nerozvine základní jistota, okolí je vnímáno jako nepřátelské a nebezpečné. K rozvoji poruchy s bludy přispívá také hluchota, slepota, osamělost a změna prostředí, pokročilý věk. Nejčastějším obranným mechanismem je potlačení a projekce. Nemocní popírají pocity hanby, ponížení a méněcennosti a všechny nepříjemné prožitky obracejí v jejich opak (méněcennost ve velikašství apod.). (7)

2.2.5 Léčba

Málokdy je léčba dobrovolná. Častěji nemocného přivádí jeho okolí anebo orgány státní správy.

Téměř vždy je indikován alespoň pokus o léčbu antipsychotiky. Jen málo pacientů je však ochotno takovou léčbu podstoupit. Podezřívaví pacienti se často

domnívají, že léky jsou jim podávány proto, aby jim ublížily nebo aby snížily jejich rezistenci vůči zevnímu ovlivňování. U chronických průběhů je odpověď na psychofarmakoterapii většinou omezená. Neuroleptika nejsou příliš účinná. Navíc postižení velmi nepříznivě reagují na vedlejší a nežádoucí účinky psychofarmak a zpracovávají je opět psychoticky. Proto je nutné opatrné dávkování, spíše nižší a jenom velmi postupně zvyšované. Lékař by se neměl pokoušet vyvracet bludy logickými argumenty. Měl by dát jasně najevo, že sice nesouhlasí s pacientem, ale že respektuje jeho názor. Je třeba vystříhat se paternalistického přístupu, který může být vnímán jako urážející. Za uspokojivé vyústění poruchy můžeme považovat stav, kdy se mohou pacienti zúčastnit společenského života bez nezbytné potřeby ventilovat nebo diskutovat svoje abnormální myšlenky (tzv. sociální úzdrava).

Nemocní mohou být někdy nebezpeční sobě (odmítání potravy, která je „otrávená“), nebo i okolí (vražda v „sebeobraně“). V takovém případě je nutná hospitalizace. [(5); (7)]

2.3 Organická depresivní porucha

Jako organické psychické poruchy označujeme ty, u nichž je prokázán patologicko-anatomický nález. To však neznamená, že by psychopatologie při těchto poruchách nesouvisela s vnějšími (například psychogenními) vlivy. (6)

Hlavní příčiny organických duševních poruch jsou: atrofie, zánět, nádor, zranění a poruchy výživy mozku. Poruchy výživy mohou být cévní (nervové), metabolické, toxické. (6)

Mezi organické duševní poruchy řadíme demence, deliria, jiné duševní poruchy a poruchy osobnosti a chování. [(5);(6);(7)]

2.3.1 Organické poruchy nálady

Podle typu patické nálady lze rozdělit na organickou manickou poruchu, organickou bipolární poruchu, organickou depresivní poruchu a organickou smíšenou poruchu. (6)

Klinický obraz vyplývá z názvů jednotlivých poruch. Příkladem může být depresivní porucha při hypotyreóze, častý je výskyt deprese po CMP. V léčbě se kromě úpravy vyvolávající příčiny uplatňují antidepressiva. (6)

2.3.2 Organická deprese

Výskyt deprese stejně jako např. hypertenze je relativně častý v praxi lékařů primární péče nebo jiných lékařů nepsychiatrů. Je to pochopitelné, protože některé tělesné choroby přímo vyvolávají duševní poruchy. (6)

Výskyt deprese u pacientů s různými somatickými chorobami:

Tabulka 1 Výskyt organické deprese u jednotlivých chorob (6)

SOMATICKÁ CHOROBA	PREVALENCE (%)
Nemoci srdce	17 – 27
Cerebrovaskulární choroby	14 – 19
Alzheimerova choroba	30 – 50
Parkinsonova choroba	4 – 75
Epilepsie	3 – 55
Diabetes mellitus	9 – 26
Karcinom	22 – 29
HIV/AIDS	5 – 20
Bolest	30 – 54
Obezita	20 – 30
Běžná populace	10, 3

Naopak psychologické faktory a duševní poruchy mohou ovlivnit průběh tělesných nemocí. Bylo např. jednoznačně prokázáno, že přítomnost depresivní symptomatiky prodlouží pobyt v nemocnici a zhorší prognózu u pacientů s koronárním postižením. (7)

Přítomnost duševních poruch zvyšuje pravděpodobnost výskytu tzv. behaviorálních rizikových faktorů, jako jsou kouření, špatné dietní návyky, nadužívání alkoholu a jiných návykových látek, sklony k rizikovému sexuálnímu a jinému riskantnímu chování (úrazy, autonehody), nespolupráce s doporučenými léčebnými postupy, sklony k agresivitě a další negativa. Charakteristiky, které významným způsobem přispívají k celkové morbiditě a mortalitě. (5)

O sekundární depresivní poruše uvažujeme tehdy, pokud je její příčinou jiná duševní porucha (např. postschizofrenní deprese) nebo tělesná choroba (hypotyreóza, karcinom pankreatu, mozková příhoda). I užívání některých léků může způsobit

depresivní syndrom. Jde například o antihypertenziva (léky obsahující reserpin vyvolají u 15% pacientů léčených pro hypertenzi depresivní epizodu), kortikosteroidy, antagonisty H2 receptorů (cimetidin, ranitin) či chemoterapeutika (vinkristin, vinblastin, amfotericin B, interferon). Diagnostika deprese je v těchto případech komplikovanější. Lékaři i pacientovo okolí někdy považují depresivní příznaky za přirozenou reakci na zjištěné závažné onemocnění. Dalším důvodem bývá, že symptomatika tělesné a duševní choroby se může překrývat. Jde například o únavu, nespavost, nechutenství, hubnutí nebo bolesti na hrudníku. Zdá se ale, že takové příznaky, jako jsou anhedonie (neschopnost prožívat radost), pláč, pocity viny, sebevražedné myšlenky, pocity selhání, jsou pro diagnózu deprese patognomické. Ale ani toto neplatí absolutně. Bylo zjištěno, že suicidální myšlenky se vyskytují u hospitalizovaných pacientů s maligním procesem ve 4-17 %, aniž by napětí trpěli klinicky významnou depresí. Velmi důležitá je časová souvislost vzniku deprese a základní choroby. [(5); (7); (15)]

Postižení vlivem nedostatečné informovanosti o duševních poruchách většinou nerozpoznají její přítomnost a spíše se soustředí na eventuální somatickou etiologii. Též lékaři jsou mnohem lépe vycvičení a sensitivováni k diagnostice tělesných poruch než poruch duševních a ve svých přeplněných praxích nemají většinou ani čas, aby se podrobněji věnovali psychologické problematice (a již vůbec ne psychoterapii) svých pacientů. Mnoho dalších faktorů přispívá k tomu, že s depresemi se častěji než psychiatři setkávají lékaři jiných odborností, především praktičtí lékaři. (5)

Přetrvávající stigma duševní choroby a „potenciální“ společenské znemožnění vedou k tomu, že v některých případech lidé s psychologickými potížemi raději navštěvují jiné odborníky než psychiatry. Mnoho psychiatrických pacientů, kteří dříve byli dlouhodobě hospitalizováni, jsou nyní díky lepším léčebným možnostem, ale i ekonomickému tlaku v mimonemocničním prostředí, a dostávají se tak do kontaktu s lékaři různých profesí častěji než dříve. Bylo přitom zjištěno, že duševní poruchy jsou přítomny asi u 25% pacientů navštěvujících zařízení primární péče. Přibližně 60 – 70 % jedinců postižených afektivními, úzkostnými, somatoformními poruchami nebo návykovými nemocemi se dostaví do těchto zařízení, avšak pouze jedna pětina z nich je odeslána k psychiatrické konzultaci. Praktičtí lékaři sami odhadují, že stráví 20 – 50 % svého času při diagnostice a léčbě psychiatrických problémů. Většina předpisů anxiolytik (bohužel jsou předpisována častěji než vhodnější antidepresiva) a antidepresiv pochází právě z těchto ordinací. [(5);(6);(7)]

2.3.3 Fyzioterapie u psychóz

Fyzioterapeut na psychiatrii je členem týmu zajišťujícího komplexní rehabilitační léčbu (psychoterapeutickou, socioterapeutickou, arteterapeutickou, ergoterapeutickou, sportovní a rekreační činnost). Díky svému dlouhodobému kontaktu s pacientem působí zároveň jako psychoterapeut. Ne všechny typy lidí se proto hodí na tuto práci. Důležitá je empatie, umění naslouchat a projevovat pochopení pro chování psychicky nemocného. Fyzioterapeut musí také vhodně umět využít svou autoritu. U pacientů s psychózou je možné provádět skupinové LTV nebo individuální terapii. Tu provádíme u pacientů, u kterých není možné možné zařazení do skupiny, nebo chceme-li pacienta na skupinu nejprve připravit. Pro volbu zařazení pacienta do individuální či skupinové formy LTV je rozhodující typ psychického onemocnění, jeho fáze a celkový stav nemocného. Cílem LTV je především překonání překážek a nejistoty. Dodržujeme zásady přiměřenosti, názornosti, systematičnosti a stupňování zátěže. Při skupinovém LTV se fyzioterapeut snaží získat pacienty pro spolupráci ve skupině. Respektuje jejich věk, kondiční schopnosti, přihlíží k účinkům psychofarmak a vegetativním příznakům, jako je motorický neklid, třes, potivost, tachykardie, gastrointestinální obtíže atd. Důležité je použití vhodného názvosloví, které musí být v první řadě srozumitelné pro pacienta. Pacienty pozitivně motivujeme a povzbuzujeme. Alespoň ze začátku neopravujeme chyby, nekritizujeme je a nemoralizujeme. Při skupinovém i individuálním LTV lze využít hudbu. Hudební žánr je však důležité volit dle typů pacientů s ohledem na jejich věk a chorobu. S LTV u psychóz začínáme v tzv. subakutním stadiu nemoci, tzn. po zklidnění medikamentózní terapií. Pozor musíme dávat na účinky neuroleptik – dochází k poruchám pohybového stereotypu, objeví se typická ztuhlost těla, motorický neklid, někdy svalové křeče. (12)

3 Část speciální

3.1 Metodika práce

Odbornou praxi jsem vykonávala v období od 19. 1. do 13. 2. 2009 v Psychiatrické léčebně Bohnice. S pacientkou jsem pracovala převážně na oddělení fyzioterapie. Za dobu mé praxe jsem s pacientem provedla 9 terapeutických jednotek. Vyhledala a shrnula jsem literární zdroje týkající se diagnózy mé pacientky. Pacient byl informován o probíhající studii, dal souhlas k vyšetření i následné terapii, souhlasil s nahlížením do své dokumentace.

Cíle práce: Provést vstupní kineziologický rozbor, na jeho základě volit co nejvhodnější terapeutické techniky, dále zpracovat kineziologický rozbor výstupní a zhodnotit efekt terapie.

Pracoviště: Psychiatrická léčebna Bohnice

Pacient: E. V.

Harmonogram terapie:

termín terapie 2. 2. – 11. 2.

frekvence: denně

doba trvání terapeutické jednotky: 30 – 45 min

Vyšetřovací metody: získání anamnestických dat, vyšetření apekcií a palpací, antropometrické měření, měření kloubního rozsahu goniometrickou metodou dle Jandy, vyšetření svalové síly dle Jandy, vyšetření základních pohybových stereotypů dle Jandy, vyšetření zkrácených svalů dle Jandy, neurologické vyšetření, vyšetření reflexních změn dle Lewita, vyšetření úchopu, vyšetření joint play dle Lewita a Rychlíkové

Terapeutické prostředky: čtyřkomorová galvanizace, vířivá vana, techniky měkkých tkání, míčkování, postizometrická relaxace dle Lewita, PNF dle Kabatha – posilovací techniky pomalý zvrát, pomalý zvrát-výdrž, aktivní pohyby s dopomocí, aktivní pohyby, nácvik aktivace m. transversus abdominis, nácvik stabilizace trupu, nácvik

stav se již 5 let nelepší. Když byla dotázána jiný den, opět uvedla, že potíže začaly před 5 lety, avšak přiznala, že stav se zhoršil až po jejím suicidálním pokusu v prosinci 2008, kdy se otráвила léky a potom přestala téměř úplně chodit. Jen ležela doma, kde byla dlouho opuštěná. Jak se po otravě dostala do nemocnice, netuší.

Pacientka si stěžuje na „trnutí nohou“, které cítí při chůzi i vsedě. Úlevová poloha: leh na zádech („Nejdřív nohy trnou, ale když déle ležím, tak se potom uklidní.“). „Já tak špatně chodím, já bych tak chtěla zase chodit. Je to hrozné. Nohy mi pořád trnou!“ stěžuje si pacientka.

Zdravotní dokumentace poukazuje na poruchy chůze již dříve (před 4 lety poprvé, po tom, co se pacientka poprvé pokusila o otravu medikamenty) a po poslední intoxikaci udává totální neschopnost chůze.

Z vyšetření psychiatra: pacientka nemá hlasy, nemá strach z lidí, nemá pocity pronásledování, má moc smutnou náladu z toho, že nemůže chodit a spát, chtěla umřít, ale nyní je jí to líto...

Z příjmové zprávy:

Aktuálně přijatá překladem z interního oddělení FNB po TS intoxikaci medikamenty, je při vědomí, nechodí, má známky inhibované deprese, hypobulie, anhedonie, insomnie, přetrvávající suicidální ideace.

Status praesens:

Pacientka je orientována v prostoru, čase i osobou. Spolupracuje snaživě, o léčbu jeví určitý zájem. Na dotazy odpovídá adekvátně, ale velmi stručně. Před odpovědí se dlouze zamýšlí. Sama rozhovor nezačíná, pouze odpovídá na položené dotazy. Je velmi apatická, smutná, negativistická. Její pohyby jsou velmi pomalé a její reakce zpomalené. V průběhu vyšetření provádí pohyby jazykem, kterým přejíždí dolní patro. Její oblečení je velmi špinavé, při upozornění na nečistotu svého oblečení je zaskočena a cítí se provinile, sama si nečistotu neuvědomuje, uvádí, že jiné oblečení nemá, vlasy jsou mastné a neupravené.

„To je ta halenka opravdu tak špinavá?“ pacientka pomalu zvedne hlavu, aby se podívala na svou halenku. „Jiné oblečení ale nemám. Opravdu. Ani doma.“

Ošetřující personál na pavilonu její slova potvrdil. Pacientka má v léčebně pouze jedno oblečení a necítí žádnou potřebu jej vyměnit. Její bratr jí také žádné nepřinese, nejspíš vyplňuje pouze přání své sestry a jejích ostatních potřeb si nevšímne. Sám je nemocný, v důchodě – jak pacientka uvedla.

Somatotyp: pyknický

BMI: 34, 4

Závěr z anamnézy:

Můžeme konstatovat, že údaje vyřčené vyšetřovanou osobou si neprotiřečí s údaji z její zdravotní dokumentace. Zamotává se pouze do údajů, které se týkají vzniku a průběhu nemoci. Její onemocnění se zhoršilo po suicidální intoxikaci, jak uvádí příjmová zpráva. Není proto divu, že může cítit jistý pocit viny za vzniklé onemocnění. Stydí se, lže, anebo se snaží si vinu nepřipouštět a danou skutečnost potlačit. Je velmi málomluvná, proto bylo někdy náročné vyzískat anamnestické informace a přitom neskloznout ke kladení sugestivních otázek. Většinou odpoví jen ano nebo ne, anebo zopakuje část otázky. Jakmile je jí položena sugestivní otázka, ihned jí podléhá.

Vyšetřovaná osoba již 12 let trpí cholecystolithiasou, která ji však neomezuje. Pacientka je již asi 15 let obézní. Nikdy intenzivněji nesportovala. Již 30 let se léčí s psychiatrickou diagnózou se střídavými úspěchy. Většinou se nedoléčí, protože léčbu odmítne nebo ambulantně nedochází. K RHB se rovněž nikdy nedostavila. Toto bude tedy její první RHB, co se týče její neurologické diagnózy. Pacientka je nyní hospitalizována na příjmovém pavilonu pro ženy, na fyzioterapii ji bude denně přivážet sanitka. Pavilon je sice od fyzioterapie vzdálen asi 100 m, avšak pacientka zatím není schopna tuto vzdálenost ujít ani s oporou. Její sociální zázemí je téměř nulové. Má pouze bratra, kterého vidí jednou týdně, ale ten není schopen v dané situaci výrazněji pomoci. Obstará ji někdy nákup a pomůže ji vyřídit úřední výkony. Nic víc není pro svou nemoc a vyšší věk schopen zařídit. S pacientkou bude asi obtížnější spolupráce, co se týče pravdivých odpovědí na její stav. Její odpovědi a chování jsou velmi ovlivněny depresivní poruchou. Na druhou stranu je vidět, že se snaží v mezích svých možností spolupracovat.

3.2.2 Diferenciální rozvaha

Známky polyneuropatie se objevily již před 4 lety po otravě medikamenty. Pacientka se s polyneuropatií léčila pouze medikamentózně. Na RHB nikdy nechodila. Byla stále sama a převážně celé dny ležela nebo seděla. Jelikož její problémy nebyly náležitě léčeny, ale naopak komplikovány samotou a absencí pohybového režimu, můžeme očekávat dlouhodobě nezlepšující se stav. Pacientka bude pravděpodobně hypotonická,

její DKK budou atrofické, mohou být až výpadky cití, a to jak povrchového (různé dysestezie od brnění, mravenčení až po bolest), tak hlubokého (polohocit, pohybocit, příp. vibrační cití). Bude snížena svalová síla, a to především na DKK (většinou distální převaha), mohou se vyskytnout kontraktury, deformity. Předpokládat můžeme snížené, až vymizelé šlachookosticové reflexy, zvláště na akru DKK. Kromě svalové slabosti předpokládáme zvýšenou únavu končetin a nejistou chůzi. Objevit se mohou i svalové křeče (krampy) a fascikulace (tzv. pozitivní motorické příznaky).

Vzhledem k depresivní poruše můžeme očekávat flekční držení těla a s tím spojený rozvoj svalových dysbalancí. S pacientkou bude kvůli psychiatrické diagnóze obtížnější spolupráce, bude třeba dbát i na budování vztahu ke cvičení a osobní hygieně.

3.2.3 Vyšetření statických poloh aspektů

Pacientku přivedl do ambulance sanitář, kterého se pacientka velmi křečovitě držela. Její kroky byly velice krátké, šouravé a nejisté. Její pohled stále směřoval na nohy. Sedla si v čekárně a začala přešlapovat, předkláněla se a zase narovnávala. Zároveň prováděla souhyby jazykem. Její sed byl velmi zhroucený a schoulený, vyjadřující její depresivní rozpoložení. Na pozdrav odpověděla zpomaleně. Svlékala se velmi pomalu a trochu neochotně. V obličeji je min. mimika, pacientka nemá téměř žádné vrásky, což je u psychotiků časté.

Vyšetření stoje nebylo možno provést, protože pacientka při pokusu o stoj přešlapovala na místě, chytala se opory a po několika sekundách odmítla déle stát z důvodu „trnutí“ nohou.

Provedla jsem tedy nejprve vyšetření vleže na zádech.

1. VYŠETŘENÍ VLEŽE NA ZÁDECH

Hlava: předsunuta, mírně tažena na pravou stranu

Krk: mírná hyperextenze střední Cp

Ramena: výrazná protrakce oboustranně

HKK: reliéf je symetrický

Břišní svaly: ochablé

DKK: hypotrofické, otok v oblasti hlezenních kloubů a dorzální strany chodidel, a to výrazněji na LDK, kůže je na DKK suchá, na lýtkách se až olupuje, nehet na pravém

palci je zčernalý, nehty jsou zanedbané, chodidla jsou trochu špinavá a mají nepříjemný zápach. Na celých DKK se objevují metličkové varixy. Klenba nožní podélná je snižena oboustranně, příčná je zachovalá.

2. VYŠETŘENÍ SEDU ASPEKCI ZE ZADU

Držení je kyfotické a vyjadřuje psychický stav pacientky (depresi, smutek, apatii).

Kontura ramen – symetricky zhroucená, pravé rameno odhadem o 1 cm výše než levé

Lopatky: levá i pravá lopatka - scapula alata

Zakřivení páteře: horní hrudní páteř mírně oploštělá, hrudní hyperkyfóza v oblasti střední hrudní páteře, oblast Lp mírně oploštělá

Hlava: skloněná, mírný předsun

3. VYŠETŘENÍ SEDU ASPEKCI Z PRAVÉHO BOKU:

předsun hlavy

hyperkyfóza Thp střední

výrazná protrakce ramen

4. VYŠETŘENÍ SEDU ASPEKCI Z LEVÉHO BOKU:

předsun hlavy

hyperkyfóza Thp střední

výrazná protrakce ramen

5. VYŠETŘENÍ SEDU ASPEKCI ZEPŘEDU:

Hlava: v mírném předsunu, skloněná, nepřítomný pohled míří do země, souhyby jazykem

Ramena: výrazná protrakce ramen, reliéf m. trapezius mohutnější, HKK složeny v klín

Chodidla: klenba nožní zborcená, mírný hallux valgus na levé i pravé DK

Lýtka: kontura lýtek symetrická

Hrudník: klavikuly ve stejné výši, kaudální žebra vystupují, prsní bradavky – pravá odhadem o 0,5 cm výše

DKK: klenba nožní podélná: snižena oboustranně, příčná: zachovalá, kůže v oblasti lýtek a chodidel suchá, olupující se, reliéf stehen a kolenních kloubů je symetrický

Závěr z vyšetření aspektů:

Posturu pacientky velmi ovlivnila depresivní porucha a psychóza. Můžeme tak říci, že již 30 let (doba, po kterou pacientka bojuje s duševními chorobami) se rozvíjí a upevňuje změněné držení těla a nesprávné pohybové stereotypy. Pacientka zaujímá polohu, která je podobná člověku, který je stydlivý, bojí se nebo je úzkostný. Jedná se o výraznou protrakci ramen, výraznou hrudní hyperkyfózu, mírný předsun a předklon hlavy. Ramena jsou lehce zvednutá (pravé o 1 cm více) a schoulená. Při vyšetření byla pacientka netečná, apatická, vyšetření ji příliš nezajímalo. Hlavně nechtěla stát. Nejraději ležela na zádech. Při delším sedu začala lehce přešlapovat nohama. Uvedla, že to dělá, protože jí „trnou nohy“. Dolní končetiny jsou v oblasti chodidel oteklé (více LDK), kůže je v této oblasti velmi suchá, olupuje se. Chodidla mají nepříjemný zápach, způsobený nízkou úrovní hygieny pacientky. Pacientka má oboustranně hallux valgus a sníženou podélnou nožní klenbu. Na plosce vidíme ztvrdlou kůži na laterální straně nohy, která vypovídá o převaze zatěžování na laterální stranu chodidel.

3.2.4 Vyšetření svalového tonu palpací

HKK: normotonus

DKK: L – hypotonus

P - hypotonus

Břišní svaly: hypotonus

Záda: oblast horních fixátorů lopatek – hypertonus

oblast dolních fixátorů lopatek – hypotonus

Závěr z vyšetření svalového tonu palpací:

U vyšetřované osoby převažuje hypotonus, a to nejvíce na břiše a DKK. DKK jsou na pohmat stejné.

3.2.5 Vyšetření chůze aspektů

Chůze je velmi nejistá, křečovitá, šouravá, pomalá. Objevuje se při ní motorický neklid a neustálé přešlapování, které je s největší pravděpodobností následkem užívání neuroleptik. Po cca 20 m se pacientka vždy potřebuje zastavit a odpočinout. Chodí

nerada. Chůzi se snaží vyhnout. Při chůzi uvádí „pocit trnutí nohou“. Při chůzi se stále dívá na zem a pevně, někdy až křečovitě se drží osoby, která jí poskytuje oporu. Samostatná chůze je pro ni stresující, přestože DKK jsou chůze schopné. Pacientka své potíže často zveličuje, což k depresivním poruchám nedílně patří. Můžeme ji označit jako augmentera.

Při chůzi více zatěžuje laterální stranu chodidel.

Rytmus chůze: pravidelný

Délka kroku: kolem 10 cm

Postavení DKK: obě DKK se vytáčí mírně zevně

Odvíjení od podložky: pata – malíková hrana – prsty, ale plosky se odvíjí velice málo, pacientka je spíše nadzvedává.

Souhyby HKK: téměř žádné, křečovitě držení se opory

Souhyby trupu: pacientka se naklání ze strany na stranu, tyto souhyby jsou ale minimální

Typ: akrální

Závěr z vyšetření chůze:

Chůze je velice nejistá, šouravá a pomalá. Ploska se téměř neodvíjí od podložky. Neustále dochází k přešlapování (pravděpodobně vliv neuroleptik). Dle mého mínění hraje velkou roli přehnaný strach pacientky z chůze. Sama se svěřila, že před hospitalizací často padala. Nejspíš proto se teď chodit bojí. V nácviku chůze bude třeba dát pacientce větší pocit jistoty a důvěry v oporu.

3.2.6 Antropometrie

Výška: 168cm

Váha: 97 kg

BMI: 34,4

Údaje uvedeny v cm:

Tabulka 2 Antropometrické měření

DK	P	L
Funkční délka	90	90
Anatomická délka	83,5	83
Délka stehna	43	43
Délka bérce	40,5	40

Délka nohy	21	21
Obvod stehna	52	52
Obvod kolena	41	41
Obvod přes tuberositas tibiae	37	37
Obvod lýtky	35	34
Obvod přes kotníky	33	36
Obvod přes nárt a patu	39	41
Obvod přes hlavice metatarsů	28	32

3.2.7 Vyšetření kloubního rozsahu – metodou goniometrickou

Tabulka 3 Planimetrické měření

Horní končetina	Rovina	Aktivní pohyb	
		Pravá	Levá
- ramenní kloub	S	15-0-180	15-0-180
	F	130-0-0	135-0-0
	R _{F90}	90-0-80	90-0-80
	T _{F90}	20-0-100	20-0-100
- loketní kloub	S	0-0-140	0-5-140
- radioulnární kloub	R _{S90}	90-0-90	90-0-90
- zápěstní kloub	S	70-0-80	70-0-80
	F	20-0-30	20-0-30
MP klouby prstů	F	40-0-40	35-0-40
Karpometakarpový kloub palce ruky	F	45-0-20	40-0-20
	S	80-0-50	80-0-50
Kloubní rozsah drobných kloubů ruky je v normě			
Dolní končetina	Rovina	Aktivní pohyb	
		Pravá	Levá
- kyčelní kloub	S	10-0-70	10-0-75
	F	30-0-30	30-0-30
	R _{S90, koleno 90}	35-0-50	30-0-45
- kolenní kloub	S	5-0-140	5-0-145
- hlezenní kloub	S	20-0-30	15-0-30
	R _{S90, koleno 90}	20-0-30	15-0-20
MTP kloub II-V. prstu	S	40-0-40	40-0-40
MTP kloub palce	S	40-0-40	20-0-20
	T	15-0-15	15-0-10
IP kloub palce	S	5-0-70	5-0-40
Krční páteř	Rovina	Aktivní pohyb	
	S	40-0-35	
	F	30-0-40	
	R	40-0-45	
Hrudní a bederní páteř	F	N	
	R	15-0-20	

- N – neprovedeno. Pacientka při vyšetření nedokázala vydržet ve stoji..

	extenze MP	5	5
	flexe IP	5	5
	extenze IP	5	5
kyčel	flexe	4	4
	*extenze (s extenzí kolene)	3	3
	*extenze (s flexí kolene)	3	3
	abdukce	3+	3+
	addukce	3+	3+
	zevní rotace	4	4
	vnitřní rotace	4	4
koleno	flexe	4	4
	*extenze	4	4
hlezo	plantární flexe	4	3-
	supinace s dorsální flexí	3	3-
	supinace z plantární flexe	3	3-
	plantární pronace	3	3-
prsty	flexe MP kloubů	2+	2
	flexe MP kloubu palce	3	2
	extenze MP kloubů	3	2
	flexe IP1 kloubů	3	2
	flexe IP2 kloubů	3	2
	flexe IP kloubu palce	3	2
	extenze IP kloubu palce	3	2
	addukce	3	2
	abdukce	3	2
legenda: 0 = žádná svalová síla; 1 = záškub; 2 = s vyloučením gravitace; 3 = proti gravitaci; 4 = proti střednímu odporu; 5 = proti silnému odporu;			

*VYŠETŘENÍ VLEŽE NA BŘÍŠE NEBYLO MOŽNÉ PROVÉST, NEBOŽ PACIENTKA UDÁVÁ TUTO POLOHU JAKO VELMI NEVYHOVUJÍCÍ. VYŠETŘENÍ JSEM MODIFIKOVALA DO POLOHY VLEŽE NA BOKU, PROTO VÝSLEDEK UVÁDÍM POUZE JAKO ORIENTAČNÍ.

Vyšetření svalové síly obličeje

Tabulka 5 Vyšetření svalové síly obličeje

<i>a) mimické svaly</i>	<i>pravá</i>	<i>levá</i>
m. frontalis	3	3
m. orbicularis oculi	5	5
m. corrugator supercilii	4	4
m. procerus	3	
m. nasalis	2	2
m. orbicularis oris	5	5
m. zygomaticus major	4	4
m. risorius	4	4

m. levator anguli oris	4	4
m. depressor labii inferioris	5	5
m. depressor anguli oris	4	4
m. mentalis	3	3
m. buccinator	5	5
<i>b) žvýkací svaly</i>		
m. masseter	5	5
m. temporalis	5	5
m. pterygoideus lateralis	5	5
m. pterygoideus medialis	5	5
legenda: 0 = žádný pohyb; 1 = záškub; 2 = 25% rozsahu; 3 = 50% rozsahu; 4 = 75% rozsahu (v porovnání se zdravým jedincem – hodnocení je subjektivní); 5 = symetrie		

Závěr z vyšetření svalové síly:

Vyšetření jsem prováděla postupně v průběhu 4 dní, neboť pacientka se poměrně rychle unaví.

Svalová síla je nejlépe zachována na horních končetinách. Naopak oslabené jsou nejvíce končetiny dolní, postižené polyneuropatií, a to především svaly prstů nohy, hlezna i bérce. Bohužel jsem nevyšetřila většinu svalů, které je třeba vyšetřit vleže na břiše, neboť pacientka tuto polohu odmítá. Je pro ni velmi nepříjemná a náročná. Výraznější oslabení pozorujeme na levé DK, na které se během vyšetření téměř ihned objevily nežádoucí záškuby, což průběh vyšetřování komplikovalo. I to byl důvod pro rozložení vyšetření svalové síly do více terapeutických jednotek.

Svalová síla svalů obličeje je symetrická, ale místy snižena. Je to dáno tím, že pacientka v běžném životě mimiku téměř nepoužívá. Má stále stejný smutný výraz.

3.2.9 Vyšetření základních pohybových stereotypů

a) extenze v kyčelním kloubu

Nebylo možné vyšetřit, neboť pacientka odmítá polohu vleže na břiše.

b) abdukce v kyčelním kloubu

Kvadrátový a tensorový mechanismus abdukce v kyčelním kloubu na obou dolních končetinách (při vyšetření levé DK se objevil třes DK, což do jisté míry mohlo ovlivnit výsledek testu).

c) flexe trupu

Při tomto testu stereotypu se ukázala výrazná převaha svalu m. iliopsoas nad břišními svaly.

d) flexe šíje

Pohyb začal předsunem, obloukovitá flexe byla minimální.

e) zjištění kvality dolních fixátorů lopatek

Vyšetřeno v modifikované poloze ve stoje s opřením o stěnu.

Test ukázal výrazné oslabení dolních fixátorů.

f) abdukce v ramenním kloubu

Pravá strana:

aktivace m. trapezius a m. levator scapulae homolaterálně - m. deltoideus a m. supraspinatus, dále kontralaterálně m. quadratus lumborum a dolní fixátory lopatek (velmi málo)

Levá strana:

Stereotyp je změněn stejným způsobem, avšak méně výrazně se aktivovaly horní fixátory lopatek a více se aktivoval m. deltoideus.

g) vyšetření dýchání

Pacientka dýchá vleže na zádech klidně, pravidelně, dýchá nosem. Při chůzi je dech přerývaný a nádech i výdech je prováděn pusou. Převažuje dolní hrudní a břišní dýchání.

h) ADL

Hygienu a oblékání zvládá, i když velice pomalu. Problém je spíše ve vnímání sebe sama a potřeby čistoty, kterou pacientka nepocítuje. Pacientka má problém si sama uvařit, díky nestabilnímu stoji a chůzi. Stejně tak nezvládá samostatný úklid.

Stravování zvládá, ale jí velmi pomalu.

Barthel index: 95b = horní hranice lehké závislosti

MMSE: 29b = normální stav

3.2.10 Vyšetření zkrácených svalů

hodnotící škála:

0: nejde o zkrácení

1: malé zkrácení

2: výrazné zkrácení

Tabulka 6 Vyšetření zkrácených svalů

	P	L
M. triceps surae:		
M.gastrocnemius	0	1
M. soleus	0	1
Flexory kyčle		
M. iliopsoas	1	1
M. rectus femoris	1	1
M. tensor fasciae latae	1	1
Flexory kolenního kloubu	1	1
Adduktory kyčle	1	1
M piriformis	0	0
M quadratus lumborum:	0	1
Paravertebrální svalstvo:		
Mm. pectorales		
část sternální dolní	1	1
část sternální střední a horní	2	2
část klavikulární a m. pectoralis minor	2	2
M. trapezius horní č.:	2	1
M. levator scapulae:	1+	1
M. sternocleidomastoideus:	1+	1

Závěr z vyšetření zkrácených svalů:

Svalové zkrácení 2. stupně se vyskytuje u mm. pectorales a u pravého m.trapezius (horní část) a téměř i u pravého m.sternocleidomastoideus a m.levator scapulae. Mírné zkrácení pak nacházíme u svalstva bérců, flexorů a adduktorů kyčelního kloubu a flexorů kolenního kloubu.

3.2.11 Neurologické vyšetření

Stoj:

Rhomberg I. pacientka chvíli vydrží, ale přešlapuje u toho, výsledek testu tedy nebude považovat za směrodatný

Rhomberg II.: úzká база – viz Romberg I.

Rhomberg III.: pacientka se bojí, bez opory nezvládne

Trendelenburg-Duchenova zk.: bez opory nezvládne

Vyš. rovnováhy:

Hautantova zk. – BPN

Test na polohovou závrať – BPN

Vyš. patologických reflexů:

1. Pyramidové zánikové jevy – HKK

Mingazzini – nevýbavný

Rusecký – nevýbavný

Dufour – nevýbavný

Barré – nevýbavný

Fenomén retardace – nevýbavný

2. Pyramidové jevy zánikové – DKK

Mingazzini – nevýbavný

Barré – nevýbavný

Fenomen retardace – nevýbavný

3. Pyramidové jevy spastické – HKK

Hoffmann – nevýbavný

Juster – nevýbavný

Tramner – nevýbavný

r. palcibradový – nevýbavný

r. úchopový – nevýbavný

r. labiální – nevýbavný

r. sací – nevýbavný

4. Pyramidové jevy spastické - DKK

Babinsky – nevýbavný
Chaddock – nevýbavný
Oppenheim – nevýbavný
Vítkův sumační reflex – nevýbavný
Rossolimo – nevýbavný
Žukovskij – Kornylov – nevýbavný
Vítkův r. – nevýbavný

Vyšetření monosynaptických reflexů:

Hodnotící škála :

0 = areflexie
1 = hyporeflexie, reflex vyvoláme jen s facilitací
2 = snížený reflex
3 = normální reflex
4 = hyperreflexie
5 = polykinetický reflex

HKK:

bicipitový	P = 2, L = 2
radiopronační	P = 2, L = 2
styloradiální	P = 2, L = 2
flexorů prstů	P = 2, L = 2

DKK:

patelární -	P = 2, L = 2
Achillovy šlachy	P = 0, L = 0
medioplantární	P = 0, L = 0

Vyšetření kožních reflexů:

břišní epigastrický: 1
břišní mezogastrický: 1
břišní hypogastrický: 1

Vyšetření autonomních reflexů:

Fotoreakce přímá: 3

Fotoreakce nepřímá: 3

Reakce při konvergenci: 3

Vyšetření hlavových nervů:

I. N. olphactorius – BPN

II. N. opticus – BPN

III. N. okulomotorius – BPN

IV. N. trochlearis – BPN

V. n. trigeminus –BPN

VI. N. abdducens – BPN

VII. N. facialis – BPN

nasopalpebrální r. - výbavný, Chvostkův příznak - nevýbavný

VIII. N. vestibulocochlearis – BPN

IX. N. glossopharyngeus – BPN

X. N. vagus – BPN

XI. N. accesorius – BPN

XII. N. hypoglossus – BPN

Vyšetření taktilního čítí

Kvalita čítí je ve všech segmentech stejná, odpověď je fyziologická.

Vyšetření algického čítí – BPN, avšak pacientka si stěžuje v průběhu jiných vyšetření (např. taktilního čítí na bolestivost), což považuji spíše za touhu po pozornosti nežli za algické čítí

Vyšetření grafestezie – BPN, vyšetřovaný identifikoval všechny znaky kreslené na kůži

Vyšetření topestezie – BPN, vyšetřovaný identifikoval všechna prověřovaná místa na těle

Vyšetření termického čítí – BPN

Vyšetření hlubokého čítí – pohybocit – mírná porucha hlubokého čítí, polohocit – BPN

Vyšetření taxe: ukazovák – nos

ukazovák – ušní boltec

pata – koleno

pata – špička

Vyšetřovaná osoba se dotýká přesně určeného místa, ale pohyb je velmi pomalý a na konci pohybu se občas objeví mírný třes.

Vyšetření diadochokinézy: koordinovaná pronace-supinace – BPN

Stereognozie – BPN

Kognitivní funkce:

Pacientka absolvuje 2x týdně nácvik kognitivních funkcí na pavilonu, kde je hospitalizována.

Psychoterapeutka hodnotí její výkon jako slabší. Pacientka je velmi pasivní, do aktivit se zapojuje minimálně. Na výcvik dochází, ale spíše tam jen sedí a dívá se na ostatní nebo do země.

Závěr z neurologického vyšetření:

Pacientka má problém s udržení rovnováhy kvůli nepříjemným pocitům v nohou, z hlediska funkce mozečku a vestibulárního aparátu nevykazuje žádné poruchy rovnováhy. Patologické reflexy a zánikové pyramidové jevy jsou negativní. Pacientka je hyporeflexní, reflex Achillovy šlachy a reflex medioplantární je vyhaslý. Kožní reflexy jsou snižené. Hlavové nervy nevykazují známky poškození. Povrchové cití je zachováno ve všech segmentech. Pohybocit je mírně porušen. Mírně je narušena taxie, diadochokinéza a stereognozie zůstala neporušena.

3.2.12 Vyšetření reflexních změn dle Lewita

Reflexní změny ve svalech – triggerpointy

TrP jsou pouze v m.trapezius – horní části, a to 2 aktivní

Periostové body:

hlavička fibuly – nebolestivá

horní okraj patelly – nebolestivý

hrbol sedací kosti – nebolestivý

processus xiphoideus – nebolestivý

Erbův bod – vpravo lehce bolestivý

Vyšetření kůže a podkoží

Kiblerova řasa (vyšetřeno v modifikované poloze vleže na boku) – v oblasti Th1-Th6
hůře posunlivá

Vyšetření fascií

Dorzolumbální fascie horní (vyšetřeno v modifikované poloze vleže na boku) –
posunlivá

Dorzolumbální fascie dolní (vyšetřeno v modifikované poloze vleže na boku) –
posunlivá

Závěr z vyšetření reflexních změn:

Jsou přítomny pouze v 2 latentní TrP v P m. trapezius (horní vlákna).

3.2.13 Úchop

Hodnoticí škála:

0 – bez úchopu

1 – náznak úchopu

2 – úchop na 1/3 až 1/4 plného rozsahu

3 - úchop na 1/2 plného rozsahu

4 - úchop na 2/3 plného rozsahu

5 – plný rozsah úchopu

1. Štipec – 5

2. Špetka – 5

3. Laterální úchop – 5

4. Kulový úchop – 5

5. Hákový úchop – 5

6. Válcový úchop – 5

3.2.14 Vyšetření Joint play dle Lewita

SI skloubení: P - je omezena kloubní vůle směrem dorsálním, L – kloubní vůle neomezena

DKK: kloubní vůle v IP1 kloubu levého palce je omezena směrem latero-laterálním, kloubní vůle v Lisfrankově kloubu na levé dolní končetině je omezena směrem dorzo-ventrálním,

Kolena – kloubní vůle je neomezena

Rameno – P – kloubní vůle je omezena směrem dorsálním

Lopatka – P i L volná

3.2.15 Závěr z vyšetření

Posturu pacientky velmi ovlivnila depresivní porucha a psychóza. Díky dlouhodobé depresivní poruše byly výrazně změněny pohybové stereotypy a celkové držení těla. Držení je flekční, tj. hlava je v předsmu, ramena v protrakci, střední Thp je hyperkyfotická, břicho je oslabené, pánev je v antevertzi, flexory kyčelního kloubu jsou zkrácené. Joint play je omezena v pravém SI skloubení, v P ramenním kloubu a v IP1 kloubu levého palce a v L Lisfrankově kloubu. Svalová síla je snížena, a to především na DKK. Ty jsou na lýtkách a chodidlech atrofické, hypotonické, v oblasti chodidel oteklé (více LDK), kůže je v této oblasti velmi suchá, olupuje se. Chodidla mají nepříjemný zápach způsobený nízkou úrovní hygieny pacientky. Oboustranně se vyskytuje hallux valgus a zborcená podélná nožní klenba.

V hlezenních kloubech je snížen rozsah pohybů.

Pohybové stereotypy jsou změněné, a to především abdukce v pravém ramenním kloubu. Pravý m. trapezius (pars descendens) je zkrácený a obsahuje dva latentní TrP.

Pacientka má problém s udržení rovnováhy kvůli nepříjemným pocitům v nohou, z hlediska funkce mozečku a vestibulárního aparátu nevykazuje žádné poruchy. Patologické reflexy a zánikové pyramidové jevy jsou negativní. Pacientka je hyporeflexní, reflex Achillovy šlachy a reflex medioplatární je vyhaslý. Kožní reflexy jsou sníženy. Hlavové nervy nevykazují známky poškození. Povrchové cití je zachováno ve všech segmentech. Pohyb cití je mírně porušen. Mírně je narušena taxie, diadochokineza a stereognózie zůstala neporušena.

Chůze je šouravá, vykazuje známky motorického neklidu (užívání neuroleptik). Ploska se téměř neodvívá od podložky.

3.2.16 Krátkodobý fyzioterapeutický plán

- Podpořit psychický stav pacientky
- Zmírnit otok na DKK, podpořit krevní a lymfatický oběh
- Odstranit reflexní změny
- Obnovit joint play
- Protáhnout zkrácené svaly, odstranit svalové dysbalance
- Zvýšit svalovou sílu na DKK
- Zkorigovat dechový stereotyp
- Posílit hluboký stabilizační systém
- Zlepšit cílení pohybů, zmenšit motorický neklid
- Korekce vadného držení těla, korekce chybných pohybových stereotypů
- Instruovat a motivovat pacientku pro domácí cvičení
- Nácvik chůze bez opory

3.3 *Terapie*

3.3.1 První terapie

Datum: 3. 2. 2009

Status praezens: Pacientka je orientovaná v čase, prostoru i osobou. Působí smutně, depresivně a velmi apaticky. Na dotazy ohledně aktuálního stavu odpovídá velmi negativisticky až zoufale. Na povzbuzení reaguje mlčením. Udává velmi těžký pocit v nohou, „trnutí nohou“. „Chodím jako po jehličkách. Nejhorší je to naboso.“ Mravenčení nebo bolest neguje. Do ambulance ji dovezla sanita. Chodí pouze s oporou. Sama se dokáže přemístit do vzdálenosti několika metrů, ale potom hledá místo k usednutí.

Neustále provádí souhyby jazykem a dívá se nepřítomným pohledem do země a především na své nohy, které jsou nyní nejspíš jediným objektem jejího zájmu a jediným tématem jejích myšlenek.

Cíl dnešní terapeutické jednotky:

- Odstranit obavy z terapie, navodit pocit pohody a důvěry v terapii (komunikace s pacientkou, zájem o její obtíže, soustředit se na pozitivní okolnosti dne v rozhovoru a tak pozitivně působit na náladu pacientky)
- Doplnit vstupní vyšetření
- Podpořit krevní oběh a zmírnit otok DKK
- Uvolnit fascie a svaly na DKK
- Zvýšit rozsah pohybu v hlezenních kloubech
- Naučit pacientku několik jednoduchých cviků pro samostatné cvičení na pavilonu

Návrh terapie:

1. Dvoukomorová galvanizace 20 min. na dolní končetiny
(po 10 min. přepólováno) – bylo provedeno fyzioterapeutkou obsluhující elektroléčbu
2. Míčkování DKK pro odstranění otoku
3. MT – uvolnění fascií a svalů na DKK

4. Individuální LTV zaměřené na DKK vleže na zádech a vsedě: aktivní pohyby s dopomocí - cviky vleže na zádech 1 – 6 s dopomocí (viz příloha) a vsedě s dopomocí 1-6 (viz příloha)
5. Instruktaž několika jednoduchých cviků – cviky vleže na zádech 1-5: viz příloha

Provedení:

Dvoukomorová galvanizace 20 min na dolní končetiny (po 10 min. přepólováno).

Pacientka po fyzikální proceduře udává pocit dřevěných a těžkých nohou, obtížně se jí chodí.

Procedura ji unavila.

Míčkování DKK pro odstranění otoku bylo pro pacientku mírně bolestivé, proto jsem intenzitu přizpůsobila bolesti.

MT – fascie – se podařilo uvolnit v oblasti lýtek, svaly – nepodařilo se dostatečně relaxovat, pacientka pociťuje spíše bolestivě

Individuální LTV zaměřené na DKK vleže na zádech a vsedě – provedla jsem aktivní pohyby s dopomocí, protože pacientka měla jen velmi malý rozsah pohybů

Při cvičení docházelo u PDK ke klonickým záškubům.

Závěr:

Pacientka špatně snášela dvoukomorovou galvanizaci, proto příště vyzkoušíme jinou proceduru, která by pacientce lépe vyhovovala. Rozsah pohybu v hlezenních kloubech byl mírně zvýšen. Pacientka si zapamatovala naučené cviky, ale dlouho na ně vzpomínala.

Pacientka se dnes necítí po terapii dobře, brzy byla unavená. Byla konzultována její doplňková terapie na oddělení. Pacientka zatím dochází pouze na výcvik kognitivních funkcí (2x týdně na pavilonu). I tato aktivita je pro ni velmi vyčerpávající, proto jiné aktivity (arteterapie, muzikoterapie, psychogymnastika a jiné) zatím nebyly doporučeny.

Závěr:

Terapie dnes byla úspěšnější. Pacientce se líbila vířivá vana a získala tak k terapii lepší vztah.

Vířivou vanu bude pacientka podstupovat 2x týdně.

Cvičení proběhlo bez komplikací, pacientce se líbilo. „Pocit v nohou je trochu lepší,“ řekla na závěr pacientka.

3.3.3 Třetí terapie

Datum: 5. 2. 2009

Status praezens: Pacientka se dnes cítí „stejně“. Stěžuje si na špatný pocit v nohou, na „dřevěnění“ nohou. „Je to lepší, když to rozchodím, ale nohy mi začnou trnout, když cvičím.“ Při sezení v čekárně pacientka neustále přešlapuje DKK (pravděpodobně účinek neuroleptik).

Cíl dnešní terapeutické jednotky:

- Zrelaxovat pacientku
- Protáhnout zkrácené svaly na DKK
- Zkorigovat vadné držení těla
- Zlepšit aferenci z plosky nohy
- Odstranění reflexních změn – TrP- v m.trapezius, horní vlákna
- Zlepšit koordinaci pohybů DKK
- Posílit svaly dolních končetin

Návrh terapie:

1. Použití relaxační hudby během terapie
2. PIR s následným protažením: oboustranně m. triceps surae, flexory kolenního kloubu
3. Práce s ploskou nohy – MT - uvolnění, použití ostnatého míčku
4. PIR m. trapezius, horní vlákna
5. Cviky pro nácvik koordinovaných pohybů DKK, cviky 1-3: viz příloha
6. PNF DKK – 1. diagonála flekční vzor, 1. diagonála extenční vzor, posilovací techniky

7. Instruktaž správného sedu

Provedení:

PIR s následným protažením jsem provedla 3x na každou DK. Protažení m. triceps surae na levé DK bránil otok. Svaly se podařilo lépe protáhnout na pravé DK.

MT na plantě byly pro pacientku velmi příjemné.

PIR m. trapezius jsem provedla 3x, bylo patrné uvolnění svalu, TrP ale nebyl zcela odstraněn.

Při nácviku přesně řízeného pohybu docházelo ke klonickým záškubům PDK.

PNF jsem provedla pouze 1. diagonálu flekční vzor, pacientka udávala bolest při provedení.

Instruktaž sedu byla provedena jen zběžně, protože pacientka už byla unavená a nesoustředila se.

Závěr:

Dnes se podařilo dostatečně uvolnit DKK. Zároveň došlo k relaxaci m. trapezius (horní vlákna), ve které je třeba příště pokračovat. Instruktaž sedu byla pro pacientku náročná, uvědomění správného stereotypu bude pravděpodobně vyžadovat více času.

3.3.4 Čtvrtá terapie

Datum: 6. 2. 2009

Status praezens: Pacientka je orientovaná v čase, prostoru i osobou. Cítí se unavená, nevyspalá. Údajně vůbec nespala. Neví proč. Zlé sny apod. neguje. Říká, že pocit v nohou je lepší.

Cíl dnešní terapeutické jednotky:

- Uvolnit a zrelaxovat pacientku
- Protáhnout zkrácené svaly v oblasti hrudníku
- Zkorigovat vadné držení těla

Návrh terapie:

1. Protáhnout zkrácené svaly – mm. pectorales, m. trapezius....
2. PIR m. trapezius, horní vlákna

3. Mobilizace lopatky
4. Aktivní nácvik správného dýchání
5. Instruktaž správného sedu
6. Nácvik chůze

Provedení:

Dnes bylo obtížné posadit pacientku do vířivé vany pro únavu pacientky. Podařilo se to až po delší době za pomoci dvou terapeutů. Protahování svalů mm. pectorales bylo obtížné, svaly jsou velmi zkrácené a pacientka nedokázala dostatečně relaxovat.

Mobilizaci lopatky jsem provedla vleže na boku, protože pacientka odmítá polohu vleže na břiše. Při nácviku správného dýchání pacientka zadržovala dech. Kvůli vyčerpání jsem dnes vynechala nácvik chůze.

Závěr:

Pacientka dnes byla hodně unavená. Bylo vidět, že příliš nespala. Přesto se alespoň částečně podařilo provést protažení zkrácených mm. pectorales, zmobilizovat lopatku a začít s nácvikem správného dechového stereotypu.

3.3.5 Pátá terapie

Datum: 9. 2. 2009

Status praezens: Pacientka je orientovaná v čase, prostoru i osobou. Vypadá lépe, usmívá se.

Cíl dnešní terapeutické jednotky:

- Zlepšit koordinaci DKK
- Pokračovat v aktivních pohybech
- Obnovit joint play P SI skloubení
- Podpořit aferenci
- Aktivovat hluboký stabilizační systém
- Nacvičit správný dechový stereotyp

Návrh terapie:

1. Použití relaxační hudby během terapie

2. Cviky pro nácvik koordinovaných pohybů DKK, cviky 1-5 (viz příloha)
3. Práce s ploškou nohy – MT – uvolnění, použití ostnatého míčku
4. Aktivní pohyby s dopomocí vsedě 1-6 (viz příloha)
5. Mobilizace P SI vleže na boku
6. Nácvik aktivace m. transversus abdominis VNZ
7. Stabilizace trupu (viz příloha)

Provedení:

Při nácviku koordinace pohybů docházelo k lehkému třesu při dokončování pohybu. Aktivní cvičení dnes pacientka zvládla hravě, bez únavy. Nácvik aktivace m. transversus abd. byl pro pacientku náročný. Lépe zvládala stabilizaci trupu s velkým míčem.

Závěr:

Koordinované pohyby jsou stále velmi pomalé a při jejich dokončování někdy dochází k třesu. Účinek mobilizace P SI se neobjevil. M. transversus abd. se aktivuje velice málo.

3.3.6 Šestá terapie

Datum: 11. 2. 2009

Status praezens: Pacientka je orientovaná v čase, prostoru i osobou. Necítí se dnes příliš dobře. Opět cítí trnutí v nohách. „Ale je to lepší než před začátkem terapie.“ Na terapii se těší, ale nechce se jí dnes cvičit. Co se týče včerejší mobilizace P SI, nepocítí uje žádnou změnu.

Cíl dnešní terapeutické jednotky:

- Zmírnit otok DKK
- Protáhnout zkrácené svaly
- Zvýšit svalovou sílu DKK
- Zlepšit koordinaci pohybů DKK
- Aktivovat hluboký stabilizační systém
- Zkorigovat sed

Návrh terapie:

1. Aktivní pohyby
2. PIR s následným protažením: mm. pectorales – oboustranně, P m. trapezius – horní vlákna, P m. levator scapulae
3. PNF DKK – 1. diagonála flekční vzor, posilovací techniky
4. Aktivní nácvik správného dechového stereotypu
5. Nácvik stabilizace trupu vleže na zádech
6. Opakovaný nácvik pomalého, přesně řízeného pohybu

Provedení:

Pacientka dnes dobře spolupracovala. U svalů m. pectoralis sternální část a m. pectoralis minor je znatelné zlepšení po protažení.

Korekce sedu probíhá dost obtížně. Pacientka velice tíhne ke zhroucení, kdykoliv si sedne. Stereotyp špatného sedu je velmi fixován a jeho odstranění bude trvat dlouhou dobu.

Závěr:

Vadné držení těla je velmi fixováno, bude vyžadovat dlouhodobější léčbu. Přesto se již podařilo více protáhnout mm. pectorales, které jsou příčinou výrazné protrakce ramen. Pacientka však stále tíhne ke zhroucenému sedu a málokdy si sama vzpomene na korekci.

3.3.7 Sedmá terapie

Datum: 12. 2. 2009

Status praezens: Pacientka je orientovaná v čase, prostoru i osobou. Cítí se lépe než včera. Včera chodila po pavilonu a „hezky jí to šlo“. „Sestra mě pochválila, jak hezky chodím.“ Pacientka dnes vypadá dobře, má lepší náladu, není tak negativistická, usmívá se. „Nohy jsou lepší.“

Cíl dnešní terapeutické jednotky:

- Zlepšit koordinaci DKK
- Podpořit aferenci

- Obnovit joint play P SI skloubení
- Aktivovat hluboký stabilizační systém
- Nacvičit správný dechový stereotyp
- Stabilizovat trup

Návrh terapie:

1. Cviky taxy 1-4 (viz příloha)
2. Práce s ploškou nohy, techniky SMS – „píďalka“
3. Nácvičení aktivace m. transversus abd.
4. Aktivní nácvičení správného dechového stereotypu
5. Nácvičení stabilizace trupu vleže na zádech

Provedení:

Cviky taxy dnes byly provedeny velmi dobře. Téměř bez třesu. Pacientce se příliš nedaří nácvičení aktivace m. transversus abd., aktivuje se především m. rectus abd.

Dále jsme prováděli aktivní nácvičení správného dechového stereotypu, který pacientka zvládala velmi dobře. Nácvičení stabilizace VNZ s velkým míčem se jí líbí, ale stehno zatlačí do míče jen nepatrně a brzy končí cvik pro únavu. Celkem byl cvik proveden 10x na obě strany.

Závěr:

Pacientka se nelepší v přesnosti pohybů. Bohužel jí dlouho trvá, nežli pochopí aktivaci m. transversus abd. Aktivní nácvičení dechového stereotypu je dobrý, i když ze začátku se pacientka nadechovala pouze do horního hrudníku.

Sama upřednostňuje cvik s velkým míčem pro stabilizaci trupu.

3.3.8 Osmá terapie

Datum: 10. 2. 2009

Status praezens: Pacientka je orientovaná v čase, prostoru i osobou. Na pozdrav se usmívá. Říká, že se na „cvičení“ těšila. Udává, že pocit v nohou je „trochu lepší“. Poté ale začala několikrát opakovat, že pozítří ji „paní doktorka pustí domů“. V současném stavu pacientky se to nedá předpokládat, tvrzení si ověřím.

Cíl dnešní terapeutické jednotky:

- Zlepšit koordinaci DKK
- Podpořit aferenci
- Obnovit joint play P ramene
- Aktivovat hluboký stabilizační systém
- Nacvičit správný dechový stereotyp
- Stabilizovat trup

Návrh terapie:

1. Cviky taxe 1-4 (viz příloha)
2. Práce s ploskou nohy, techniky SMS – „píďalka“
3. Mobilizace P ramenního kloubu dorzálně vsedě na lůžku
4. Nácvik aktivace m. transversus abd.
5. Aktivní nácvik správného dechového stereotypu
6. Nácvik stabilizace trupu vleže na zádech

Provedení:

Cílené pohyby byly opět pomalé, pacientku unavovaly. „Píďalka“ vyvolala u pacientky záškuby. Nácvik aktivace m. transversus abd. jsem dnes pro únavu pacientky vynechala. Dala jsem přednost nácviku správného dechového stereotypu s thera-bandem a stabilizaci trupu.

Závěr:

Účinek mobilizace P ramenního kloubu není zřejmý. Velmi dobře se dnes jevil dechový stereotyp, pacientka sama od sebe používala celý trup.

3.3.9 Devátá terapie

Datum: 11. 2. 2009

Lékaři potvrdili, že pacientka podepsala revers a odmítla další péči. V tomto stavu bude pro pacientku velmi těžké samostatně žít. Bylo jí doporučeno pokračovat v léčbě, ale marně. Pacientka dává přednost přežívání o samotě ve svém bytě. Můžeme očekávat, že

toto rozhodnutí povede ke zhoršení nejen zde vybudovaného fyzického, ale i psychického zdraví a pravděpodobně i k dalším suicidálním ideacím.

3.4 Kineziologický rozbor - výstupní

Datum vyšetření: 11. 2. 2009

3.4.1 Vyšetření statických poloh aspektů

1. VYŠETŘENÍ VLEŽE NA ZÁDECH

Hlava: předsunuta, mírně tažena na pravou stranu

Krk: mírná hyperextenze střední Cp

Ramena: protrakce oboustranně – mírnější než na začátku terapie

HKK: reliéf je symetrický

Břicho: ochablé

DKK: hypotrofické, otok v oblasti hlezenních kloubů min. na LDK, kůže je suchá.

Klenba nožní podélná je snížena oboustranně, příčná je zachovalá.

2. VYŠETŘENÍ SEDU ASPEKCI ZE ZADU

Sed je zhroucený. Ruce jsou volně podle těla.

Lopatky: levá i pravá lopatka – scapula alata

Zakřivení páteře: horní hrudní páteř mírně oploštělá, hrudní hyperkyfóza v oblasti střední hrudní páteře, oblast Lp mírně oploštělá

3. VYŠETŘENÍ SEDU ASPEKCI Z PRAVÉHO BOKU:

mírný předsun hlavy

hyperkyfóza Thp střední

protrakce ramen

4. VYŠETŘENÍ SEDU ASPEKCI Z LEVÉHO BOKU:

mírný předsun hlavy

hyperkyfóza Thp střední

protrakce ramen

5. VYŠETŘENÍ SEDU ASPEKCI ZEPŘEDU:

Hlava: v mírném předsunu, míří vpřed, souhyby jazykem

Ramena: protrakce ramen, HKK volně podle těla

Hrudník: klavikuly ve stejné výši, kaudální žebra vystupují, prsní bradavky – pravá odhadem o 0,5 cm výše

DKK: klenba nožní podélná – zhroucená oboustranně, příčná – zachovalá, kůže v oblasti lýtek a chodidel suchá, olupující se, reliéf stehen a kolenních kloubů je symetrický

Chodidla: klenba nožní snižená, mírný hallux valgus na levé i pravé DK

Lýtka: kontura lýtek symetrická

ZMĚNĚNÉ PARAMETRY

	Před zahájením léčby	Po ukončení léčby
Hlava	předsunuta, mírně tažena na pravou stranu, skloněná	v mírném předsunu, skloněná
Ramena	výrazná protrakce	protrakce zmírněna
DKK	hypotrofické, otok v oblasti hlezenních kloubů a na dorsální straně chodidel, a to výrazněji na LDK	hypotrofické, otok v oblasti hlezenních kloubů min. na LDK

Závěr z vyšetření aspektů:

Pacientka viditelně změnila držení těla. Hlava míří přímo vpřed, přestože je stále v mírném předsunu. Protrakce ramen byla zmírněna. Otok na dolních končetinách ustoupil.

3.4.2 Vyšetření svalového tonu palpací

HKK: normotonus

DKK: L – hypotonus

P – hypotonus

Břicho: hypotonus

Záda: oblast horních fixátorů lopatek – mírný hypertonus

oblast dolních fixátorů lopatek – hypotonus

Údaje uvedeny v cm:

Tabulka 7 Antropometrické měření

DK	P	L
Funkční délka	90	90
Anatomická délka	83,5	83
Délka stehna	43	43
Délka bérce	40,5	40
Délka nohy	21	21
Obvod stehna	52	52
Obvod kolena	41	41
Obvod přes tuberositas tibiae	37	37
Obvod lýtky	35	34
Obvod přes kotníky	31	32
Obvod přes nárt a patu	39	39
Obvod přes hlavice metatarsů	28	30

ZMĚNĚNÉ PARAMETRY

	Před zahájením léčby	Po ukončení léčby
Obvod přes kotníky L/P	36/33	32/31
Obvod přes nárt a patu	41/39	39/39
Obvod přes hlavice metatarsů	32/28	30/28

Závěr z antropometrického měření:

Váha pacientky zůstala stejná. Snížil se otok na DKK a tedy i antropometrické parametry v této oblasti.

3.4.5 Vyšetření kloubního rozsahu – metodou goniometrickou

Tabulka 8 Planimetrické měření

Horní končetina	Rovina	Aktivní pohyb	
		Pravá	levá
- ramenní kloub	S	15-0-180	15-0-180
	F	130-0-0	135-0-0
	R _{F90}	90-0-80	90-0-80
	T _{F90}	20-0-100	20-0-100
- loketní kloub	S	0-0-140	0-5-140
- radioulnární kloub	R _{S90}	90-0-90	90-0-90

- zápěstní kloub	S	70-0-80	70-0-80
	F	20-0-30	20-0-30
MP klouby prstů	F	40-0-40	35-0-40
Karpometakarpový kloub palce ruky	F	45-0-20	40-0-20
	S	80-0-50	80-0-50
Kloubní rozsah drobných kloubů ruky je v normě			
Dolní končetina	Rovina	Aktivní pohyb	
		Pravá	levá
- kyčelní kloub	S	10-0-70	10-0-75
	F	30-0-30	30-0-30
	R _{S90, koleno 90}	35-0-50	30-0-45
- kolenní kloub	S	5-0-140	5-0-145
- hlezenní kloub	S	25-0-30	25-0-30
	R _{S90, koleno 90}	20-0-30	20-0-30
MTP kloub II-V. prstu	S	40-0-40	40-0-40
MTP kloub palce	S	40-0-40	20-0-20
	T	15-0-15	15-0-10
IP kloub palce	S	5-0-70	5-0-50
Krční páteř	Rovina	Aktivní pohyb	
	S	40-0-35	
	F	30-0-40	
	R	40-0-45	
Hrudní a bederní páteř	F	N	
	R	15-0-20	

ZMĚNĚNÉ PARAMETRY

	Před zahájením léčby	Po ukončení léčby
Hlezenní kloub S L/P	15-0-30/20-0-30	25-0-30/25-0-30
Hlezenní Kloub R _{S90, Koleno 90} L/P	15-0-20/20-0-30	20-0-30/20-0-30
L IP kloub palce S	5-0-40	5-0-50

Závěr z vyšetření kloubního rozsahu metodou goniometrickou:

Byl zvětšen rozsah pohybů v hlezenních kloubech, rozdíl je výraznější u LDK. Na té byla zvětšena dorsální flexe o 10°, everze o 5° a inverze o 10°. Na PDK byla zvětšena dorsální flexe o 5°. Zároveň byla zvětšena flexe IP kloubu levého palce, a to o 10°. U ostatních kloubů zůstal rozsah nezměněn.

3.4.6 Vyšetření svalové síly v modifikovaných polohách dle Jandy

Tabulka 9 Vyšetření svalové síly

SEGMENT	POHYB	PRAVÁ	LEVÁ
krk	flexe (předkyv)	3	
	flexe (předsun)	3	
trup a pánev	flexe	3-	
	rotace	3 -	
	elevace pánve	3	3
lopatka	abdukce a rotace	4	4
	elevace	4	4
rameno	flexe	5	5
	abdukce	5	5
	horizontální addukce	5	5
loket a předloktí	flexe	5	5
	supinace	5	5
	pronace	5	5
zápěstí	flexe s ulnární dukcí	5	5
	flexe s radiální dukcí	5	5
	extenze s ulnární dukcí	5	5
	extenze s radiální dukcí	5	5
prsty	flexe MP	5	5
	extenze MP	5	5
	addukce	5	5
	abdukce	5	5
	flexe IP1	5	5
	flexe IP2	5	5
	opozice malíku	5	5
palec	opozice palce	5	5
	addukce CM	5	5
	abdukce CM	5	5
	flexe MP	5	5
	extenze MP	5	5
	flexe IP	5	5
	extenze IP	5	5
kyčel	flexe	4	4
	*extenze (s extenzí kolene)	3+	3+
	*extenze (s flexí kolene)	3+	3+
	abdukce	3+	3+
	addukce	3+	3+
	zevní rotace	4	4
	vnitřní rotace	4	4
koleno	flexe	4	4
	*extenze	4	4
hlezno	plantární flexe	4	3-
	supinace s dorsální flexí	3	4-

	supinace v plantární flexi	3	4-
	plantární pronace	3	4-
prsty	flexe MP kloubů	2+	2
	flexe MP kloubu palce	3	2
	extenze MP kloubů	3	2
	flexe IP1 kloubů	3	2
	flexe IP2 kloubů	3	2
	flexe IP kloubu palce	3	2
	extenze IP kloubu palce	3	2
	addukce	3	2
	abdukce	3	2
legenda: 0 = žádná svalová síla; 1 = záškub; 2 = s vyloučením gravitace; 3 = proti gravitaci; 4 = proti střednímu odporu; 5 = proti silnému odporu;			

*VYŠETŘENÍ VLEŽE NA BŘÍŠE NEBYLO MOŽNÉ PROVÉST, NEBOŽ PACIENTKA UDÁVÁ TUTO POLOHU JAKO VELMI NEVYHOVUJÍCÍ. VYŠETŘENÍ JSEM MODIFIKOVALA DO POLOHY VLEŽE NA BOKU, PROTO VÝSLEDEK UVÁDÍM POUZE JAKO ORIENTAČNÍ.

Vyšetření svalové síly obličeje

Tabulka 10 Vyšetření svalové síly obličeje

<u>a) mimické svaly</u>	<u>pravá</u>	<u>levá</u>
m. frontale	3	3
m. orbicularis oculi	5	5
m. corrugator supercilii	4	4
m. probrus	3	
m. nasalis	2	2
m. orbicularis oris	5	5
m. zygomaticus major	4	4
m. risorius	4	4
m. levator anguli oris	4	4
m. depressor labii inferioris	5	5
m. depressor anguli oris	4	4
m. mentalis	3	3
m. buccinator	5	5
<u>b) žvýkací svaly</u>		
m. masseter	5	5
m. temporalis	5	5
m. pterygoideus lateralis	5	5
m. pterygoideus medialis	5	5
legenda: 0 = žádný pohyb; 1 = záškub; 2 = 25% rozsahu; 3 = 50% rozsahu; 4 = 75% rozsahu (v porovnání se zdravým jedincem – hodnocení je subjektivní); 5 = symetrie		

Závěr z vyšetření svalové síly:

Mírně se zvýšila svalová síla svalů bérce na LDK, a to m. tibialis anterior o 1° a mm. peronei o 1°. Svalová síla obličejových svalů zůstala nezměněna.

3.4.7 Vyšetření základních pohybových stereotypů

a) extenze v kyčelním kloubu

Nebylo možné vyšetřit, neboť pacientka odmítá polohu vleže na břiše.

b) abdukce v kyčelním kloubu

Quadrátový a tensorový mechanismus abdukce v kyčelním kloubu na obou dolních končetinách (při vyšetření levé DK se objevil třes DK, což do jisté míry mohlo ovlivnit výsledek testu).

c) flexe trupu

Při tomto testu stereotypu se ukázala výrazná převaha svalu m. iliopsoas nad břišními svaly.

d) flexe šíje

Pohyb začal předsunem, obloukovitá flexe byla minimální.

e) zjištění kvality dolních fixátorů lopatek

Vyšetřeno v modifikované poloze vestoje s opřením o stěnu.

Test ukázal výrazné oslabení dolních fixátorů.

f) abdukce v ramenním kloubu

Pravá strana:

aktivace m. trapezius a m. levator scapulae homolaterálně – m. deltoideus a m. supraspinatus, dále kontralaterálně m. quadratus lumborum a dolní fixátory lopatek (velmi málo)

Levá strana:

Stereotyp je změněn stejným způsobem, avšak méně výrazně se aktivovaly horní fixátory lopatek a více se aktivoval m. deltoideus.

g) vyšetření dýchání

Pacientka dýchá vleže na zádech klidně, pravidelně, dýchá nosem. Při chůzi je dech přerývaný a nádech i výdech je prováděn pusou. Nádech i výdech je prováděn celým trupem s převahou do břicha.

h) ADL

Hygienu, stravování a oblékání zvládá stále velmi pomalu. Chůzi zvládne samostatně asi 50 m s přestávkami.

Závěr z vyšetření základních hybných stereotypů:

Stereotypy zůstaly nezměněny až na stereotyp abdukce v ramenním kloubu, kde se na pravé straně méně uplatnil m. trapezius (horní část). Změnil se stereotyp dýchání. Pacientka dýchá celým trupem. Pokud však neví o tom, že je pozorována, je stále zřejmá převaha břišního dýchání.

3.4.8 Vyšetření zkrácených svalů

hodnotící škála:

0: nejde o zkrácení

1: malé zkrácení

2: výrazné zkrácení

Tabulka 11 Vyšetření zkrácených svalů

	P	L
M. triceps surae:		
M.gastrocnemius	0	1
M. soleus	0	1
Flexory kyčle		
M. iliopsoas	1	1
M. rectus femoris	1	1
M. tensor fasciae latae	1	1
Flexory kolenního kloubu	1	1

Adduktory kyčle	1	1
M. piriformis	0	0
M. quadratus lumborum:	0	1
Paravertebrální svalstvo:		
Mm. pectorales		
část sternální dolní	1	1
část sternální střední a horní	1	1
část klavikulární a m. pectoralis minor	1	1
M. trapezius horní č.:	1	1
M. levator scapulae:	1	1
M. sternocleidomastoideus:	1	1

Závěr z vyšetření zkrácených svalů:

Zkrácené svaly hrudníku – mm. pectorales byly protaženy tak, že zkrácení bylo sníženo na 1°, stejně tak byl protažen P m. trapezius, horní část, P m. levator scapulae a P m. sternocleidomastoideus se podařilo pouze lehce protáhnout (zlepšení o cca 0,5°)

3.4.9 Neurologické vyšetření

Vyšetření taktilního čítí

Kvalita čítí je ve všech segmentech stejná, odpověď je fyziologická.

Vyšetření hlubokého čítí – pohybovit – mírná porucha hlubokého čítí, polohovit – BPN

Vyšetření taxie: ukazovák – nos

ukazovák – ušní boltec

pata – koleno

pata – špička

vyšetřovaná osoba se dotýká přesně určeného místa, ale pohyb je velmi pomalý a na konci pohybu se občas objeví mírný třes

Vyšetření diadochokinézy: koordinovaná pronace-supinace – BPN

Stereognozie – BPN

3.4.10 Vyšetření reflexních změn dle Lewita

Reflexní změny ve svalech – triggerpointy

TrP nejsou přítomny

Periostové body:

hlavička fibuly – nebolestivá

horní okraj patelly – nebolestivý

hrbol sedací kosti – nebolestivý

processus xiphoideus – nebolestivý

Erbův bod – vpravo lehce bolestivý

Vyšetření kůže a podkoží

Kiblerova řasa (vyšetřeno v modifikované poloze vleže na boku) – v oblasti Th1-Th6

hůře posunlivá

Vyšetření fascií

Dorzolumbální fascie horní (vyšetřeno v modifikované poloze vleže na boku) – L i P
posunlivá

Dorzolumbální fascie dolní (vyšetřeno v modifikované poloze vleže na boku) – L i P
posunlivá

3.4.11 Úchop

Hodnotící škála:

0 – bez úchopu

1 – náznak úchopu

2 – úchop na 1/3 až 1/4 plného rozsahu

3 – úchop na 1/2 plného rozsahu

4 – úchop na 2/3 plného rozsahu

5 – plný rozsah úchopu

1. Štípec – 5

2. Špetka – 5

- 3. Laterální úchop – 5
- 4. Kulový úchop – 5
- 5. Hákový úchop – 5
- 6. Válcový úchop – 5

3.4.12 Vyšetření Joint play dle Lewita

SI skloubení: P – stále je omezena kloubní vůle směrem dorzálním, L – kloubní vůle neomezena

DKK: kloubní vůle v IP1 kloubu levého palce neomezena, kloubní vůle v Lisfrankově kloubu na levé dolní končetině je neomezena

Kolena – kloubní vůle je neomezena

Rameno – P – kloubní vůle je omezena směrem dorzálním

Lopatka – P i L volná

Závěr z vyšetření joint play:

Kloubní vůle byla obnovena v IP1 kloubu levého palce a v L Lisfrankově kloubu.

3.4.13 Závěr z vyšetření

Pacientka změnila držení těla ve smyslu menší protrakce ramen, hlava je stále předsunutá, skloněná, ale není tažena na pravou stranu, je postavena na střed.

Oblast horních fixátorů lopatek je volnější. Svalové napětí je v této oblasti nižší než na začátku terapie. TrP v m. trapezius byly odstraněny. Stereotyp abdukce v ramenním kloubu na pravé straně byl změněn. Méně se aktivuje m. trapezius, který při pohybu dříve převažoval. Úspěšně byl změněn stereotyp dýchání. Při dýchání se však stále nejvíce uplatňuje břicho. Otok na LDK byl výrazně snížen. Rozsah pohybů v hlezenním kloubu je vyšší, došlo i mírnému posílení některých svalů bérce (m. tibialis ant. a mm. peronei). Chůze je samostatnější. Pacientka ujde bez dopomoci kolem 50 m (s přestávkami). Kloubní vůli se podařilo obnovit v kloubech nohy, v P SI skloubení však zůstává omezena, stejně jako v P ramenním kloubu.

Taxe zůstává na stejné úrovni jako před zahájením terapie. Stále se objevuje klonus v nohách a motorický neklid.

Pacientka se zlepšila i po psychické stránce. Její nálada je na pavilonu sice stále smutná, ale při terapii se většinou vylepší. Zlepšil se i náhled na osobní hygienu, pacientka požádala bratra, aby jí přinesl čisté oblečení.

3.4.14 Zhodnocení efektu terapie

Tabulka 12 Zhodnocení efektu terapie

	<u>Cíle bylo dosaženo</u>	<u>Cíle bylo dosaženo částečně</u>	<u>Cíl nebyl splněn</u>
Zmírnění otoku	✓		
Zvýšení rozsahu pohybu v hlezenných kloubech	✓		
Posílení svalů bérce		✓	
Odstranění reflexních změn v m. trapezius	✓		
Protážení zkrácených m. trapezius, m. levator scapulae a m. sternocleidomastoideus	✓		
Uvolnění kloubní vůle v kloubech nohou	✓		
Úprava chybného stereotypu dýchání		✓	
Zmírnění protrakce ramen		✓	
Zlepšení propriocepce z plosek nohou		✓	
Větší soběstačnost při chůzi		✓	
Zlepšení psychického		✓	

stavu			
Zlepšení cílených pohybů		✓	
Přestavba pohybových stereotypů (EX a ABD v kyčelním kloubu, FL šije a trupu)			✓
Zmírnění motorického neklidu a záškubů			✓
Uvolnění kloubní vůle v P ramenním kloubu a v P SI skloubení			✓

Tabulka 13 Postura

	Před zahájením léčby	Po ukončení léčby
Hlava	předsunuta, mírně tažena na pravou stranu, skloněná	v mírném předsunu, skloněná
Ramena	výrazná protrakce	protrakce zmírněna
DKK	hypotrofické, otok v oblasti hlezenních kloubů a na dorsální straně chodidel, a to výrazněji na LDK	hypotrofické, otok v oblasti hlezenních kloubů min. na LDK

Tabulka 14 Obvody

	Před zahájením léčby	Po ukončení léčby
Obvod přes kotníky L/P	36/33	32/31
Obvod přes nárt a patu	41/39	39/39
Obvod přes hlavice metatarsů	32/28	30/28

Tabulka 15 Kloubní rozsahy

	Před zahájením léčby	Po ukončení léčby
Hlezenní kloub S L/P	15-0-30/20-0-30	25-0-30/25-0-30
Hlezenní Kloub R _{S90} , Koleno 90 L/P	15-0-20/20-0-30	20-0-30/20-0-30
L IP kloub palce S	5-0-40	5-0-50

3.4.15 Dlouhodobý fyzioterapeutický plán

(bude obtížné ho uskutečnit z důvodu odmítnutí zdravotní péče pacientkou)

- Pokračovat v každodenní ambulantní léčbě
- Pokračovat v korekci stereotypu držení těla (pokračovat v protažení zkrácených svalů, v nácviku správného dechového stereotypu)
- Pokračovat v odstranění svalových dysbalancí
- Pokračovat ve zvětšení pohyblivosti v hlezenních kloubech
- Pokračovat v psychické podpoře, odvedení pozornosti od nemoci
- Pokračovat v nácviku chůze bez opory
- Úprava bytu, zajištění sociálních služeb (pečovatelka)

4 Závěr

Praxe v psychiatrické léčebně Bohnice mi přinesla mnoho cenných zkušeností. Práce s pacienty, kteří nepřichází pouze s onemocněním tělesného aparátu, ale i s duševní poruchou, byla komplikovanější, avšak svým způsobem zajímavá a fascinující. Má pacientka, o které jsem zpracovala tuto práci, byla velmi snaživá, avšak její duševní onemocnění, její deprese a apatie, nám bránila postupovat v terapii efektivněji. Její duševní stav se stal nemalou překážkou pro úspěšnou terapii. Pacientka byla naprosto pasivní a velmi smutná, bylo tedy důležité pozitivně ji motivovat ke cvičení a uvést terapii jako příjemnou záležitost, která jí pomůže vrátit se do běžného života. To se dobře dařilo, bohužel se ale pacientka rozhodla pro návrat do svého osamělého bytu a další hospitalizaci odmítla. Její rozhodnutí bylo nečekané a v podstatě veškerý ošetřující personál překvapilo, protože její stav ještě nebyl zdaleka natolik uspokojivý, aby mohla být hospitalizace ukončena.

Dle slov zdravotnického personálu v PLB není takovéto chování u psychiatrických pacientů výjimkou.

Obecná část práce shrnula teoretické poznatky o daných diagnózách a poukázala na specifika fyzioterapie u psychiatrického pacienta. Speciální část potvrdila velmi úzký vztah mezi stavem pohybového aparátu, posturou a duševní stránkou člověka. Svůj cíl práce jsem splnila.

Použitá literatura

Knižní publikace

1. AMBLER, Z. *Neuropatie a myopatie minimum pro praxi*, Praha : Triton, 1999, 211 s. ISBN 80-7254-0602
2. AMBLER, Z. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*, Praha : Karolinum, 2002. 399 s. ISBN 80-246-0080-3
3. AMBLER, Z., Bednařík J., Růžička E., *Klinická neurologie – část obecná*, vydání 2., Praha : Triton 2008, 980 s. ISBN 80-7254-556-6
4. SEIDL Z., OBENBERGER J., *Neurologie pro studium a praxi*, vydání 2., Praha: Grada Publishing a.s. 2004. ISBN 80-247-0623-7
5. KALINA, K., *Jak žít s psychózou*, rady nemocným vydání 1., Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1987. 254 s. ISBN 08-080-87
6. HOSCHL, C. *Psychiatrie*, 1.vydání, Praha : Scientia Medica, spol. s r.o., 1997, 176 s. ISBN 80-85526-64-6
7. BOUČEK J., *Speciální psychiatrie*, vydání 1., Olomouc : TISKSERVIS, 2006, 244 s. ISBN 80-244-1354-X
8. RABOCH J., PAVLOVSKY P., *Klinická psychiatrie v denní praxi*, vydání 1., Praha : Galén 2008, 158 s. ISBN 978-80-7262-586-4
9. JANDA, V. et al., *Svalové funkční testy*, 1. vydání Praha : Grada Publishing, 2004, 328 s., ISBN 80 – 247 – 0722 – 5
10. JANDA, V., PAVLŮ, D., *Goniometrie*, 1. vydání Brno : Institut pro vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993, 108 s., ISBN 57 – 872 – 93
11. LEWIT, K., *Manipulační léčba v myoskeletární medicíně*, 5. přepracované vydání Praha : Sdělovací technika 1996, 411 s., ISBN 80 – 86645 – 04 – 5
12. HROMÁDKOVÁ, J. et al., *Fyzioterapie*, 1. vydání, Praha : H&H, 2002, 428 s., ISBN 80 – 86022 – 45 - 5
13. HOLUBÁŘOVÁ, J., PAVLŮ, D., *Proprioceptivní neuromuskulární facilitace 1. část*, 1. vydání, Praha: Karolinum 2007, 115 s., ISBN 978 – 80 – 246 – 1294 – 2
14. RYCHLÍKOVÁ, E., et al., *Funkční poruchy kloubů končetin*, 1. vydání Praha : Grada Publishing 2002, 256 s., ISBN 80 – 247 – 0237 – 1
15. BERAN, J., SUMCOVOVÁ P., *Introduction to medical psychology*, 1. vydání, Praha : Karolinum 2005, 156 s., ISBN 80-246-0983-5

Odborné články

16. BARTOUŠEK J., *Polyneuropatie – diagnostika a léčba*, Interní medicína pro praxi 2002/10, Olomouc : Solen, str. 504 – 508. ISSN 1212-7299

Internetové zdroje

17. KOBESOVÁ, A. – TRUC, M. *Rehabilitace polyneuropatických syndromů*. Sanguis, č. 47/2006.

Dostupné na WWW: www.sanguis.cz/clanek.php?id_clanek=732

Přílohy

Seznam příloh:

Příloha A: Žádost o vyjádření etické komise

Příloha B: Informovaný souhlas pacienta

Příloha C: Seznam cviků

Příloha D: Barthel index

Příloha E: Ukázka získávání anamnestických dat u vyšetřované osoby

Příloha F: Dokumentační fotografie ze vstupního vyšetření pacientky



UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6 – Veleslavín
tel. (02) 2017 1111
<http://www.ftvs.cuni.cz/>

Žádost o vyjádření etické komise UK FTVS

k projektu bakalářské práce zahrnující lidské účastníky

Název: Fyzioterapie u toxické polyneuropatie dolních končetin a její specifika u pacienta trpícího trvalou poruchou s bludy a organickou depresivní poruchou
Physiotherapy of toxic polyneuropathy of lower extremities and its specifics in the patient suffering of permanent disorder with delusions and organic depressive disorder

Forma projektu: bakalářská práce

Autor/hlavní řešitel: Terezie Janečková

Školitel (v případě studentské práce) Mgr. Irena Novotná

Popis projektu

Kazuistika rehabilitační péče o pacienta s diagnózou Toxická polyneuropatie DKK, trvalá porucha s bludy, organická depresivní porucha bude zpracovávána pod odborným dohledem zkušeného fyzioterapeuta v Psychiatrické léčebně Bohnice.

Nebudou použity žádné invazivní techniky. Osobní údaje získané z šetření nebudou zveřejněny.

Návrh informovaného souhlas (přiložen)

V Praze dne 2.2.2009

Podpis autora Terezie Janečková

Vyjádření etické komise UK FTVS

Složení komise: doc.MUDr.Staša Bartůňková, CSc.
Prof.Ing.Václav Bunc, CSc.
Prof.PhDr. Pavel Slepíčka, DrSc.
Doc.MUDr.Jan Heller, CSc.

Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jednacím číslem: 0236/2009
dne: 3.2.2009

Etická komise UK FTVS zhodnotila předložený projekt a neshledala žádné rozpory s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směrnici pro provádění biomedicínského výzkumu, zahrnujícího lidské účastníky.

Řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu etické komise.

podpis předsedy EK



INFORMOVANÝ SOUHLAS

V souladu se Zákonem o péči o zdraví lidu (§ 23 odst. 2 zákona č.20/1966 Sb.) a Úmluvou o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001, Vás žádám o souhlas k vyšetření a následné terapii. Dále Vás žádám o souhlas k nahlížení do Vaší dokumentace osobou získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v rámci praktické výuky a s uveřejněním výsledků terapie v rámci bakalářské práce na FTVS UK. Osobní data v této studii nebudou uvedena.

Dnešního dne jsem byla odborným pracovníkem poučena o plánovaném vyšetření a následné terapii. Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že odborný pracovník, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu, a měla jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměla a výslovně souhlasím s provedením vyšetření a následnou terapií.

Souhlasím s nahlížením níže jmenované osoby do mé dokumentace a s uveřejněním výsledků terapie v rámci studie.

Datum:.....

Osoba, která provedla poučení:.....

Podpis osoby, která provedla poučení:.....

Vlastnoruční podpis pacienta /tky:.....

Seznam cviků

Cvičení na podporu žilního návratu a odstranění otoku pro obě končetiny vleže na zádech:

1. cirkumdukce hlezenních kloubů
2. střídavě plantární a dorsální flexe „prošlapování“
3. plantární flexe s výdrží (5s)
4. dorsální flexe s výdrží (5s)
5. střídavá flexe a extenze prstů nohy
6. střídavá supinace a pronace

Cvičení na podporu žilního návratu a odstranění otoku pro obě končetiny vsedě:

1. střídavá FL a EX prstů nohy
2. střídavá DF v hlezenních kloubech
3. střídavá flexe a extenze v kolenním kloubu
4. extenze v kolenním kloubu, cirkumdukce v hlezenním kloubu
5. extenze v kolenním kloubu, střídavá DF a PF
6. oddalování a přibližování kolen

Cviky pro nácvik koordinovaných pohybů DKK:

Pacient se snaží provést pomalé, cílené a přesné pohyby bez zrakové kontroly:

1. výchozí poloha: VNZ
pohyb: co nejpresněji bez zrakové kontroly se pacientka snaží dotknout levou patou pravé paty a levým palcem pravého palce, poté vystřídá nohy
2. výchozí poloha: VNZ, DKK v 90° FL v kyčlích a kolenech
pohyb: co nejpresněji bez zrakové kontroly se pacientka snaží dotknout levou patou pravé paty a levým palcem pravého palce, poté vystřídá nohy
3. výchozí poloha: VNBoku, svrchní DK je zvednuta asi 20 cm nad spodní DK, pacient se opět snaží dotknout střídavě paty a prstu bez zrakové kontroly
4. VNZ, pacient se snaží dotknout pravou patou levého kolena a opačně

Nácvik stabilizace trupu:

výchozí poloha: leh na zádech, DKK v semiflexi, chodidla se opírají o podložku (pacientka neudrží DKK delší dobu ve vzduchu), záda jsou přitížena k podložce

pohyb: nádech, během výdechu tlačí rukou a kontralaterálním stehnem do balónu, polohu drží 5 s, následuje relaxace, poté vymění strany a opět relaxuje

pacient nesmí zadržovat dech, zvětšovat L lordózu, provádět protrakci a elevaci ramen, laterálně naklápět trup s balónem

Aktivní nácvik správného dechového stereotypu:

výchozí poloha: VNZ, pacient je relaxován, okolo dolních žebér je ovinut žlutý theraband

Pacient pomalu zhluboka nadechuje proti odporu therabandu, snaží se, aby se při nádechu rozšiřovala dolní část hrudníku do stran, fyzioterapeut svým manuálním kontaktem kontroluje pohyby hrudníku během dýchání.

Korekce sedu:

Pacient sedí vzpřímeně, hlava míří dopředu, ramena jsou uvolněná, lopatky tlačí k sobě a dolů, břicho tlačí k páteři, DKK jsou od sebe na šířku kyčlí, plosky jsou v kontaktu se zemí.

Barthel index

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení a napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	Sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
6. kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
7. použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	10
	S malou pomocí	5
	Neprovede	0
9. chůze po rovině	Samostatně nad 50	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Ukázka získávání anamnestických dat u vyšetřované:

Příklad:

otázka: Byl ve vaší rodině někdo těžce nemocný?

odpověď: Ne.

otázka: Opravdu ve vaší rodině nebyl nikdo těžce nemocný?

odpověď: Ne, nebyl těžce nemocný.

otázka: Můžete mi říci, jakým způsobem zemřeli vaši rodiče?

odpověď: – odmlčení - Nevím.

otázka: Opravdu nevíte, jak zemřeli vaši rodiče?

odpověď: Opravdu nevím, jak zemřeli moji rodiče.

otázka: Nepamatujete si skutečně vůbec nic o smrti vašich rodičů?

odpověď: – opět pauza - Skutečně nic si nepamatuji o smrti mých rodičů.

otázka: Trpěl ve vaší rodině někdo duševním onemocněním? - Netrpěl.

sugestivní otázka: Někdo ve vaší rodině určitě trpěl duševním onemocněním, vidíte?

odpověď: Ano, někdo určitě trpěl duševním onemocněním.

V úryvku z anamnézy vidíme, že pacientka vůbec nerozvíjí své myšlenky. Nejraději víceméně opakuje otázku. Více se rozmluvila u farmakologické anamnézy, což je pro pacienty, kteří se pokoušejí zabít medikamentózně časté. Lékům velmi dobře rozumí. Její odpovědi jsou velmi negativistické. Na otázky typu *Jak se máte?* odpovídá „*mám se velmi špatně*“. Je těžké vzbudit v pacientce optimističtější myšlení, ale na úsměv a povzbuzení většinou odpoví úsměvem.



Obrázek 1 - dolní končetiny



Obrázek 2 - pravá dolní končetina - detail



Obrázek 3 - levá dolní končetina - detail



Obrázek 4 - poloha vleže na zádech 1



Obrázek 5 - poloha vleže na zádech 2